Done

سلسلۂ نصابیات علمیہ جامعۂ عثمانیہ

نشان (۳/۸)

TAYLOR'S PRACTICE OF MEDICINE

عمل طب ٹیلر

(پندرھواں ایڈیشن)

۱۹۳۶ء

جلد اول

مرتبۂ

ای۔ پی۔ پولٹن

ایم۔ اے، ڈی۔ ایم (آکسن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لندن)

مترجمۂ

ڈاکٹر ی۔ ا۔ محمد حسین صاحب

ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ جامعۂ عثمانیہ

سنہ ۱۳۶۷ھ م سنہ ۱۳۵۷ف م سنہ ۱۹۴۸ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب جے اینڈ اے۔ چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کیگئی ہے

فہرست مضامین

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

عمل طب

تمہید

ہر مرض پر عبور حاصل کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ علم کی متعدد مختلف شاخوں سے واقفیت حاصل کی جائے۔ یہ شاخیں حسب ذیل ہیں:۔
بحثِ اسباب' اس کے عام اسباب کا مطالعہ۔ امراضیات' جسم کے اندر اس کے اسباب کا' اور ان سے پیدا ہونے والے اعمال کا مطالعہ مرضی تشریح' ساختوں میں اس سے پیدا ہونے والے تغیرات۔ علامات' وہ نشانات کہ جن سے ہم یہ معلوم کرتے ہیں کہ کیا خرابی ہے۔ یہ دو طرح کے ہوتے ہیں۔ موضوعی جو مریض کو محسوس ہوتے ہیں' اور معروضی جو طبیب کو نظر آتے ہیں (جن کو بالعموم طبیعی امارات کہتے ہیں)۔ تشخیص' بعض امراض کو ایک دوسرے سے تمیز کرنے کا طریقہ' کہ جن کے علامات کم و بیش ایک جیسے ہوتے ہیں۔ انذار' کسی دی ہوئی اصابت کے ممر' مدت' اور ختم کے بارے میں پیشگوئی کرنے کا فن۔ بالآخر مرض کی تحریز یا روک تھام (حفظ ماتقدم) اور جب مرض واقع ہو تو اس کا علاج' یہ دونوں چیزیں طب کی سائنس اور

فن کے مطالعہ کے خاص مقاصد ہیں۔

بحث اسباب۔ مرض کے اسباب کو بالعموم اسباب معدّہ (predisposing causes) اور اسباب محرّکہ (exciting) میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ لیکن ان کے درمیان کوئی واضح حد فاصل مقرر نہیں کی جاسکتی ایک سبب معدّہ ممکن ہے بڑی دیر تک کام کرتا رہے اور کچھ بھی مرض پیدا نہ ہو۔ ایک سبب محرّکہ بالعموم صرف تھوڑی مدت کا ہوتا ہے۔ وہ حالات جو ایک موقعہ پر اسباب معدّہ کا کام کرتے ہیں ممکن ہے دوسرے موقعہ پر اسباب محرّکہ کا کام کریں۔ بحث اسباب میں صحیح معنوں میں مرض کے پورے اسباب شامل ہیں۔ لیکن شاید اکثر اوقات اس کا اطلاق بعید تر اسباب پر اور ایسے حالات پر کیا جاتا ہے جو کہ ایک مرض کے ہمراہ ہمیشہ پائے جاتے ہیں، تاہم ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ اس کے وقوع پر کیا اثر ڈالتے ہیں۔ عمر، صنف، آب و ہوا، صحی ماحول، خوراک اور سابقہ بیماریوں کے ساتھ مرض کے تعلقات کو بالعموم اسی عنوان کے تحت رکھا جاتا ہے۔ اس کے خلاف جسم میں واقع ہونے والے وہ تغیرات جو مرض سے ذرا پہلے واقع ہوتے ہیں یا اِس کو پیدا کرتے ہیں اُن کو بالعموم امراضیاتی خیال کیا جاتا ہے، سببی عوامل تصور نہیں کیا جاتا۔

امراضیات۔ اس سے بعض اوقات مرض زدہ ساختوں کا مطالعہ مراد لیا جاتا ہے۔ لیکن بہتر یہ ہے کہ اس کو مرضی اعمال کے مطالعہ تک محدود کردیا جائے، یعنی عملی طور پر اس اثر کے مطالعہ تک جو کہ مرض کے اسباب سے جسم کے وظیفہ اور ساختوں پر ہوتا ہے۔ **مرضی تشریح** یا **امراضیاتی تشریح** میں خود مرض زدہ ساختوں ہی کو تفصیل کے ساتھ بیان کیا جاتا ہے۔

بحث علامات کسی مرض کے علامات کا مطالعہ ہے۔ اس کے ساتھ اور اس کی مرضی تشریح کے ساتھ ہم کو ان چیزوں پر بھی غور کرنے کی ضرورت ہے کہ جنھیں پیچیدگیاں اور عواقب کہتے ہیں۔ حال ہی میں مرض کی ابتدائی علامات کے مطالعہ پر بالکل بجا طور پر زور دیا گیا ہے۔ اس سے غرض

یہ ہے کہ ابتدائی ترین درجہ پر علاج کیا جاسکے ۔

پیچیدگیاں بعض اضرار یا علامات ہیں - یہ اصلی مرض کا نتیجہ ہوتی ہیں
لیکن صرف کبھی کبھی واقع ہوتی ہیں، اور ان کو مرض کا ضروری جزو نہیں خیال کیا
جاتا - چنانچہ پھوڑے، تپ معوی کی پیچیدگی ہیں - نفث الدم ریوی تدرن کی ایک
عام پیچیدگی ہے - التہاب نکفیتہ (parotitis) ذات الریہ کی ایک نہایت ہی
شاذ پیچیدگی ہے - لیکن مذکورہ بالا لفظ کسیقدر من مانے طور پر استعمال کیا جاتا
ہے - مثلاً تپ معوی میں گلابی دھبے اور اسہال ہمیشہ موجود نہیں ہوتے - لیکن
ان کو مرض کا جزو ہی تصور کیا جاتا ہے، پیچیدگیاں نہیں سمجھا جاتا - ہمیں اس
حالت کو ایک دوسرے زاویہ نگاہ سے بھی دیکھنا چاہیے کہ جس میں ایک مرض
دوسرے مرض کے ساتھ ہی واقع ہوتا ہے، لیکن جہاں تک ہمارا علم ہے، وہ مرض
دوسرے مرض سے بالکل بے تعلق ہوتا ہے - ممکن ہے یہ پیچیدگی محض اتفاقی
2 نظر آئے، لیکن پھر بھی اولی مرض نے فرد میں کسی ایک ایسے طریقہ سے کہ جو
ابھی تک دریافت نہیں ہوا دوسرے مرض کے حاصل کرنے کی استعداد پیدا
کردی ہو - اس کی دو مثالیں بیان کی جاتی ہیں - (۱) کسی خفیف یا شدید مقامی
فتور کا کسی سرایتی مرض سے پیچیدہ ہوجانا، مثلاً تپ قرمزی سے جو کہ چھوٹے
سے لگتی ہے - (۲) کسی مزمن عصبی مرض، مثلاً نیم فالج یا مکان حرکی عدم اتساق کا
ذات الریہ یا التہاب شعبتی کے ذریعہ ختم ہونا -

عاقبہ ایک ایسی علامت یا ضرر ہے جو کہ اصلی مرض کے زائل ہوجانے کے بعد
نمودار ہوتا ہے یا باقی رہ جاتا ہے -

تشخیص یہ ہے کہ امراض کو بعض علامات، طبیعی امارات یا اصابتوں کی
سرگذشت میں واقعات کے ذریعہ پہچانا جائے - یہ سب مل کر یہ پتہ دیتے ہیں کہ مریض
ایک خاص بیماری میں مبتلا ہے - تفریقی تشخیص سے مراد یہ ہے کہ کسی دئے
ہوئے مرض کی صورت میں، وہ تمام امراض معلوم ہوں جو اس سے واضح طور
پر ملتے جلتے ہیں - نیز وہ تمام اختلافی امور معلوم ہوں کہ جن پر اس مرض کو ان
امراض سے تمیز کرنے کے لیے بھروسہ کیا جاسکتا ہے -

اگر دو شکایتوں کو آپس میں خلط ملط کیا جائے، اور ایک شکایت دوسری سے زیادہ تشویشناک ہو، تو ایسی صورت میں یہ غلط فیصلہ کہ کم تشویشناک مرض موجود ہے، مریض کے لیے خطرہ کا باعث ہوسکتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ تشخیص نہ کیا ہوا مرض، مناسب علاج کیے بغیر مہلک حد تک ترقی کرسکتا ہے۔ اس کے خلاف یہ غلط فیصلہ کہ زیادہ تشویشناک مرض موجود ہے طبیب کے مریض کو غیرضروری طور پر ڈرا دینے کا باعث ہوتا ہے۔ ممکن ہے اس سے آخرکار طبیب کی نیک نامی پر حرف آئے۔ زیادہ عام، عارضی اور زیادہ شفاپذیر شکایتوں کی صورت میں یہ خاص طور پر یاد رکھنا چاہیے کہ بعض اوقات زیادہ شاذ اور زیادہ خطرناک امراض ان کی مشابہت اختیار کرلیتے ہیں۔ ذبحۂ صدری (angina pectoris) کا مختلف قسموں کے مزمن سوء ہضم کے ساتھ اور التہاب زائدہ (appendicitis) کا حاد سوء ہضم کے ساتھ خلط ملط ہوجانا ایسی مثالیں ہیں جو کہ بار بار دیکھنے میں آتی ہیں۔ تشخیص میں قرینہ یا قیاس ایک اہم عنصر ہے۔ استثنائی مثالوں میں کوئی مرض ایسی طبیعی امارت، علامت یا نشان پیش کرتا ہے جو کسی دوسری معلوم حالت سے پیدا نہیں ہوتا۔ ایسی امارت یا علامت کو زیر بحث مرض کی امارت یا علامات دالّہ (pathognomonic) کہتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے کہ بہت کم علامات، علامات دالّہ ہیں۔

امراض کے متعلق اوپر جو کچھ کہا گیا ہے اس سے یہ اندازہ ہوسکتا ہے کہ تشخیص سے ہمارا مقصد ہمیشہ ایک واحد اوّلی ضرر دریافت کرنا ہوگا۔ چنانچہ ہمیں اسی پر اکتفا نہ کرنا چاہیے کہ کسی درد کو رثیت (rheumatism) یا وجع العصب (neuralgia) کہہ دیں۔ ہمیں یہ بھی دریافت کرنے کی کوشش کرنی چاہیے کہ آیا یہ درد، کسی عصب پر دباؤ سے پیدا ہوا ہے یا کسی عصب کے التہاب سے واقع ہوا ہے یا عصبی خلیوں کے انحطاط کا نتیجہ ہے۔ بہت سی صورتوں میں مریض متعدد علامتوں میں مبتلا ہوتا ہے، مثلاً درد، کھانسی، متلی، استسقاء، البیومن بولیت وغیرہ میں۔ ایسی صورتوں میں ہمیں یہ دیکھنے کی کوشش کرنی چاہیے کہ یہ تمام حالات کس حد تک ایک واحد اولی ضرر کا نتیجہ ہیں، مثلاً قلب کے مصراعی مرض یا گردے

کے ذراتی مرض کا ۔ لیکن ہمیں یہ کبھی نہ بھولنا چاہئے کہ بسا اوقات دو یا زیادہ جداگانہ اضرار بیک وقت موجود ہوتے ہیں ۔ یہ علامات کی ایک پیچیدہ ترتیب پیدا کردیتے ہیں ۔

انذار (Prognosis) ۔ کامیاب انذار کے لئے ایک تو ہر مرض کی قدرتی سرگذشت سے اور اس چیز سے کہ کس حد تک یہ مرض، عمر، صنف اور دوسرے سببی عوامل سے متاثر ہوتا ہے پوری پوری واقفیت کی ضرورت ہے ۔ دوسرے دن بدن مریض کے تغیرات کے بارے میں ایک محتاط رائے کی ضرورت ہے ۔

انذار میں جو سوالات پیدا ہوتے ہیں وہ اس طرح کے ہوتے ہیں ۔ کیا مریض صحت یاب ہو جائیگا ؟ کیا وہ کمل طور پر صحت یاب ہو جائیگا یا کیا اس کا کوئی عضو متضرر رہ جائیگا ؟ کیا یہ مرض اس کو پھر بھی کبھی ہوگا ؟ اگر مرض مہلک ہے، تو یہ کہ مریض کب تک زندہ رہیگا ؟

مرض کے ابتدائی دنوں میں صحت یابی کے سوال کا جواب صرف اس طرح دیا جاسکتا ہے کہ فیصدی شرح اموات پر جیسی کہ اعداد و شمار سے ظاہر ہوتی ہے غور کیا جائے ۔ جوں جوں اصابت ترقی کرتی ہے، مندرجۂ ذیل نکات ہماری رائے پر سب سے زیادہ اثر رکھتے ہیں، علامات کی سرعت یا شدت، دوران خون کی حالتیں، غذا کھا سکنا، اور عصبی نظام کی سلامتی ۔ عملی طور پر، انذار طبیب کی نیک نامی کے لئے بے حد اہمیت رکھتا ہے ۔ اگر فیصلہ میں جلد بازی سے کام لیا جائے اور وہ غلط ثابت ہو تو لوگ اکثر اوقات طبیب کی اسی چیز کو پکڑتے ہیں اور یاد رکھتے ہیں ۔ علاج میں اس کی ناکامی کو کوئی یاد نہیں رکھتا ۔

جب اس کتاب میں یہ بیان کیا جائیگا کہ کسی مرض کا انذار سازگار ہے، تو اس کے یہ معنی نہ ہونگے کہ مرض کبھی مہلک ثابت نہیں ہوتا بلکہ یہ ہونگے کہ اکثر اصابتیں صحت یاب ہو جاتی ہیں ۔ اگر یہ کہا جائیگا کہ کسی علامت یا پیچیدگی کی وجہ سے انذار کم سازگار ہوگیا ہے، تو اس کے یہ معنی ہونگے کہ اس پیچیدگی کے ساتھ اصابتوں کی فیصدی شرح اموات اس سے بہت زیادہ

ہے کہ جتنی اس سے پہلے یا اس کے بغیر ہوسکتی تھی۔

تحریز (Prevention)۔ مرض کی روک تھام یا حفظ ماتقدم پر دو طرح سے نظر ڈالی جاسکتی ہے۔(۱) جماعت کے نقطۂ نظر سے۔ اس لحاظ سے اس کو اصول صحت (hygiene) یا صحت عامہ (public health) کا مطالعہ کہتے ہیں۔ اس میں وہ تمام تدابیر شامل ہیں کہ جن کے ذریعہ جماعت مضر صحت بیرونی اثرات کو رفع دفع کرنے کی کوشش کرتی ہے۔(۲) فرد کے نقطہ نظر سے۔ اس میں خود جسم ہی کو مرض کے اسباب کے خلاف تیار کیا جاتا ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ کچھ تو خوراک، ورزش، پوشاک وغیرہ کے معاملات میں قوت فیصلہ برتی جاتی ہے، اور کچھ خاص امراض کے بارے میں ایسا مخصوص علاج کیا جاتا ہے، جیسا کہ جراثیمی سرایتوں میں محرقی اور طاعونی جدرینات کے اشراب سے، اور تقطیر پذیر قشبی امراض میں چیچک کے خلاف جدرین رسانی اور مانع کلبی تطعیمات سے عمل میں لایا جاتا ہے۔ ان معنوں میں موثر تحریز کے لیے یہ ضروری ہے کہ مرض کو نہایت ابتداہی میں شناخت کرلیا جائے۔ غرض یہ ہے کہ پیشتر اس کے کہ مرض قائم ہوجائے اور اعضا میں ناقابل علاج ساختی تغیرات واقع ہوں مرض کی چارہ سازی کی جاسکے۔ اس غرض کے لئے ابتدائی علامات کا جو کہ مریض ظاہر کرتے ہیں خاص طور پر مطالعہ کرنے کی ضرورت ہے۔ اس طرح کی تحریز کی اہمیت دن بدن بڑھ رہی ہے۔ مناسب مقامات پر اس پر تفصیل کے ساتھ غور کیا جائیگا۔

علاج (Treatment)۔ اس میں ہمیں جہانتک ہوسکے، سب سے پہلے، سبب کو دور کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ اگر یہ دور نہ ہو، تو ممکن ہے ہم اس کے اثر کو ہی زائل کرنے میں کامیاب ہوجائیں۔ ان میں سے ایک یا دوسرا طریقہ، مریض کی تمام علامتوں اور شکایتوں کو شفا دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ لیکن گو نوعی دواؤں کی تعداد تحقیقات کی ترقی کے ساتھ ساتھ برابر بڑھتی جارہی ہے، اکثر اصابتوں میں ہم کو اب بھی علامات کے ساتھ براہ راست نپٹنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ چنانچہ ہم ایسی دوائیں استعمال کرتے ہیں

جو کہ بنیادی مرض پر بالکل اثر نہیں ڈالتیں - جب ہم ایسا کریں تو ہمیں یہ کبھی نہیں بھولنا چاہیۓ کہ ایسی علامات بمقابلہ اس مرض کے جو کہ ان کو پیدا کرتا ہے محض ایک ثانوی حیثیت رکھتی ہیں - بالآخر ہمیں تمام اصابتوں میں موت کے رجحان کا مقابلہ کرنے کی کوشش کرنی چاہیۓ - ممکن ہے یہ موت مرض کا قدرتی ثمر ہو، یا ممکن ہے یہ کسی شاذ پیچیدگی سے ایک حادثہ کے طور پر واقع ہو جائے۔ مثال کے طور پر سل ریوی (phthisis) کو لیجئے - یہ اولی طور پر عصیۂ درنیہ کے پھیپھڑے پر حملہ کرنے کا نتیجہ ہوتی ہے - جب ایک دفعہ اس کے قدم جم جاتے ہیں تو اس کو براہ راست دور نہیں کیا جا سکتا - البتہ بہترین صحی ماحول، تازہ تقویت بخش ہوا اور مخصوص آب و ہواؤں کے ذریعہ جو کہ جسم کو عصیہ کے فعل کا مقابلہ کرنے کے قابل بناتی ہیں عصیۂ درنیہ کے اثر کو زائل کیا جا سکتا ہے - اس اثنا میں متعدد علامات پائی جاتی ہیں، جیسے کھانسی، نفث، درد، پسینہ آنا، اسہال - جیسے جیسے پھیپھڑے کی حالت سدھرتی ہے یہ علامات بھی کم ہوتی جاتی ہیں - نیز مناسب دواؤں کے ذریعہ ان کو قابو میں لایا جا سکتا ہے - اس کے علاوہ تشویشناک پیچیدگیاں رونما ہو جاتی ہیں، خاصکر نفث الدم، یا خون تھوکنا، کہ جس سے زندگی براہِ راست خطرہ میں پڑ جاتی ہے - ایسی موت کو مناسب علاجی ذرائع سے ٹالا جا سکتا ہے - اب یہاں علاج کے مختلف طریقوں کا ایک مختصر سا بیان دیا جائیگا -

آرام - بہت سے امراض، مثلاً حاد سرایتوں میں آرام، عمومی علاج کا سب سے مفید طریقہ ہے جو کہ ہم کو میسر ہے - درد کا موجود ہونا آرام کا ایک اہم ترین داعیہ ہے - ہلٹن (Hilton) نے اپنی کتاب موسومہ "آرام اور درد" میں اسی چیز کی طرف اشارہ کیا تھا - اس کتاب میں شروع سے لیکر آخر تک آرام کے موضوع کا بار بار ذکر کیا جائیگا -

غذا (Diet) - غذا میں پروٹین، شحمیں اور کاربوہائیڈریٹ شامل ہیں - بعض اصابتوں میں ان اشیا کے تناسب کو بدلنے کی ضرورت ہوتی ہے - ذیابیطس میں کاربوہائیڈریٹ اور شحم کا تناسب اہمیت رکھتا ہے - اسی طرح

گوشت دار غذاؤں میں پیورین اشیا موجود ہوتی ہیں جو ممکن ہے نقرس میں نقصان دہ ثابت ہوں - لہذا ان میں سختی سے اعتدال برتنے کی ضرورت ہے - نیز اسپرو (sprue)، شکمی مرض (cœliac disease) اور ذاتی سیلان شحمی میں بلند پروٹین، پست شحم، اور پست کاربوہائیڈریٹ والی غذائیں دینے کی ضرورت ہے وہ مریض جو فریش ہوں، بہ نسبت ان اشخاص کے جو کہ ورزش کرتے ہوں کم غذا چاہتے ہیں - حموی حالتوں میں، بہ نسبت اس صورت کے جبکہ تپش طبعی ہو، زیادہ غذا کی ضرورت ہوگی - اس کی وجہ یہ ہے کہ ان حالتوں میں توانائی زیادہ خرچ ہوتی ہے - ساتھ ہی یہ بھی ضروری ہے کہ غذا آسانی سے ہضم ہوسکنے والی شکل میں لی جائے - آخرالذکر چیز کا اطلاق مختلف معدی معائی امراض پر بھی ہوتا ہے - غذا کو اس طرح ترتیب دینا چاہئے کہ اس میں مختلف معین غذائی مادوں یا حیاتینوں کی کافی مقدار پائی جائے، کیونکہ ان کی موجودگی زندگی کے لیے ضروری ہے - 4

زمانۂ شیرخواری میں مصنوعی غذا دہی - ایک عام نصابی کتاب میں اس موضوع پر خاطر خواہ بحث کرنا ممکن نہیں - مندرجۂ ذیل محض ایک مختصر خاکہ ہے -

ایک طبعی شیرخوار بچہ کی ضروریات، عمر، وزن اور انفرادی ذاتی خصائص پر منحصر ہوتی ہیں - بالعموم بہتر یہ ہوتا ہے کہ پہلے عمر اور وزن کا لحاظ کرلیا جائے۔ پھر انفرادی ضروریات کے مطابق خوراکوں میں ردوبدل کردیا جاتا ہے - یہ مختلف شیرخوار بچوں میں، ان کی تنومندی، مزاج اور مختلف اجزا کو ہضم کرنے کی قوت پر منحصر ہوتی ہیں - عصبی مزاج والے، بے چین، جاگتے رہنے والے بچہ کے لئے اس کے بڑھے ہوئے تحول میں امداد دینے کے لئے زیادہ غذا کی ضرورت ہوتی ہے، تاکہ مناسب بالیدگی کے لئے کافی مقدار بچی رہے - غذا کا تواتر، معدہ کی گنجائش اور اس چیز کے لحاظ سے کہ یہ کس شرح سے خالی ہوتا ہے اختلاف پذیر ہوتا ہے - جہاں تک ممکن ہو، اس بات کا اطمینان کرلینا چاہئے کہ جب تک معدہ خالی نہ ہو اگلی خوراک نہ دی جائے - کوئی من مانا قاعدہ مقرر نہیں کیا جاسکتا۔

وزن میں زیادتی پر احتیاط سے نگاہ رکھنی چاہئے۔ بالعموم تین ماہ کی عمر تک تین تین گھنٹہ سے غذا دینا تسلی بخش ہوتا ہے۔ اس کے بعد وقفہ کو بڑھا کر چار گھنٹہ کردیا جاتا ہے۔ بہت سے شیرخوار بچے ایسے بھی ہوتے ہیں جو ابتدائی مہینوں میں ہی چار چار گھنٹہ کی غذا دہی پر پھلتے پھولتے ہیں۔ ان کی صورت میں زیادہ لمبا وقفہ ہی اچھا ہوتا ہے، کیونکہ اس میں معدہ کو خالی ہونے کا زیادہ موقعہ ہوتا ہے۔

بالیدگی کے نقطۂ نظر سے دیکھا جائے، تو پروٹین غذا کا سب سے اہم جزو ہے۔ لیکن شحم بھی اہم ہے، جس کی وجہ جزوی طور پر، شحم حل پذیر حیاتینیں (fat-soluble vitamins) ہیں۔ شکر حراری احتیاجات کو پورا کرنے کا ایک اہم ذریعہ ہے۔ شکر اور شحم دونوں کی برداشت، مختلف شیرخوار بچوں میں بے حد اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

جب پہلی آزمائشی خوراک کا حساب لگانا ہو، تو بالعموم بہترین یہ ہوتا ہے کہ اس پر غور کیا جائے کہ بچہ کا وزن اسکی عمر کا لحاظ کرتے ہوئے کتنا ہونا چاہئے۔ اس میں پیدائشی وزن کو سامنے رکھا جاتا ہے۔ حقیقی وزن کی بنا پر حساب نہیں لگایا جاتا۔ اگر بچہ کا وزن "قیاس کردہ" وزن سے بہت کم ہو تو ایسی صورت میں غذا میں یکایک زیادتی کردینے سے عدم تحمل کا بے حد خطرہ ہے۔ لہٰذا بہتر یہ ہوتا ہے کہ پست تر لیول سے شروع کیا جائے۔ درآمد کو ہر چند دن کے بعد بڑھاتے جانا چاہئے یہانتک کہ بالیدگی کی تسلی بخش شرح حاصل ہوجائے۔ اگر عدم تحمل کی امارات پیدا ہوں تو درآمد میں کمی کردینی چاہئے۔ اگر "قیاس کردہ وزن" کو ایک اساس کے طور پر استعمال کیا جائے تو ۲۴ گھنٹہ کے لیے اوسط ضروریات حسب ذیل سمجھی جائینگی۔

کل مائع، اونسوں میں = وزن پونڈوں میں × ۳ (ابتدائی مہینوں میں)
× ۲ (بعد کے مہینوں میں)

دودھ، اونسوں میں = وزن پونڈوں میں × ۱.۶۵

کل حرارے جو درکار ہیں = وزن پونڈوں میں × ۵۰

گائے کے سالم دودھ سے فی اونس تخمیناً ۲۱ حرارے حاصل ہوتے ہیں۔ بقیہ حراری

احتیاج شکر سے حاصل کی جاتی ہے ۔ شکرنے کا ایک چائے چمچہ بھر تقریباً ۱۵ حرارے بہم پہنچاتا ہے ۔ لیکٹوس (lactose) یا ڈکسٹری مالٹوس (dextrimaltose) کا ایک چائے چمچہ بھر، تقریباً ۱۰ حرارے ۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ دودھ کی نصف سے زیادہ حراری قدر و قیمت شحم سے حاصل ہوتی ہے ۔ اگر کسی وجہ سے بالائی اُتار کر شحمی مافیہا کو کم کر دیا گیا ہو تو ایسی صورت میں خوراکوں میں دوسرے اجزا کی مقدار کو بڑھانے کی ضرورت پیش آئے گی۔ بالعموم اس مقدار کو بڑھانے کا یہ طریقہ ہوتا ہے کہ پانی سے دودھ کا تناسب بڑھا دیا جاتا ہے ۔ کاربوہائیڈریٹ کی بہتات استعمال کرنا خطرناک ہے ۔ اگر شیرخوار بچہ کے معدہ کی گنجائش تھوڑی ہو تو بھی پانی سے دودھ کے تناسب کو بڑھانے کی ضرورت ہوتی ہے ۔ ایسی صورت میں اگر لیکٹک ایسڈ (ترشۂ شیر) کے دو قطرے دودھ کے ہر اونس میں ملا دیئے جائیں تو اس سے دودھ زیادہ ہضم پذیر ہو جاتا ہے ۔ لیکٹک ایسڈ ملاتے وقت دودھ کو برابر ہلاتے رہنا چاہئے تاکہ ایک ہموار مستحلب (emulsion) پیدا ہو جائے ۔

اکثر اوقات پہلے امتحان پر ہی یہ ممکن ہو جاتا ہے کہ اس قسم کا بچہ پہچان لیا جائے کہ جس کے لیے مذکورہ بالا ضابطہ میں کافی رد و بدل کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے ۔

جب کسی بچہ کو تشویشناک حد تک کم غذا دی گئی ہو، تو ایسی صورت میں اضافوں کو آہستہ آہستہ کرنے کی ضرورت ہے ۔ لیکن یہ اتنے سریع ضرور ہونے چاہئیں کہ بالیدگی کی بڑھی ہوئی مانگ کو پورا کر سکیں، نیز ہضم کی قوتوں کو ہیجان میں لا سکیں ۔

اکثر اوقات خشک کئے ہوئے دودھ کی کوئی ایک قسم استعمال کرنا سہولت دہ ہوتا ہے ۔ تبخیر میں، دودھ کے وزن کا تقریباً $\frac{1}{8}$ ضائع ہو جاتا ہے ۔

مصنوعی غذا دہی کی تمام مثالوں میں حیاتین ج کی زائد مقداریں دینے کی ضرورت ہے ۔ تین ماہ کی عمر پر، ایک میز چمچہ بھر سنگترے کے رس کی روزانہ مقدار جس کو پانی کی ہم وزن مقدار سے ہلکا لیا جائے، خوراکوں کے درمیان 5

دینی چاہیے۔ اس مقدار کو رفتہ رفتہ ۲ اونس تک لیجانا چاہیئے۔ اگر سنگترے کے رس کو برداشت نہ کیا جائے تو پھر ٹماٹر کا رس ایک عمدہ بدل ثابت ہوتا ہے۔ اگر شحم کی مقدار فیصدی گھٹا دی گئی ہو، تو حیاتینیں الف اور د مرتکز شکل میں دینی چاہئیں۔

آب و ہوا کو بالعموم "مقوی" یا "تقویت بخش" کہا جاتا ہے۔ یا اس کے خلاف "سستی آور" بیان کیا جاتا ہے، یا اگر یہ لفظ ذم کا پہلو لیے ہوئے ہو تو "مسکّن" کہہ سکتے ہیں۔ جہاں تک صحیح غور و فکر کا تعلق ہے، ان الفاظ کا استعمال ترک کردینا ہی مناسب ہوگا۔ "تقویت بخش" آب و ہوا سے ایسی آب و ہوا مراد ہے جس میں ٹھنڈا کرنے کی نمایاں قوت پائی جاتی ہو۔ لیونارڈ ہل (Leonard Hill) نے اپنے نزولی تپش پیما (kata-thermometer) کے ذریعہ جو مشاہدات کئے ہیں ان سے ثابت ہوتا ہے کہ ٹھنڈا کرنے کی قوت تین عاملوں پر منحصر ہوتی ہے، تپش، مرطوبیت اور ہوا کی حرکت۔ اسی لیے تقویت بخش آب و ہوا سے مراد ایسی آب و ہوا ہونی چاہیئے کہ جس میں ایک ٹھنڈا، خشک اور نسیمی کرۂ ہوا پایا جاتا ہے۔ اسی طرح سستی آور کرۂ ہوا، گرم، نم اور ساکن ہونا چاہیئے۔ برطانوی اسپا (spas)، سوائے شائد باتھ (Bath) کے اسپاء کے، پہلی قسم سے تعلق رکھتے ہیں۔ یہ بہت غنیمت ہے کیونکہ شفا کے خاتمہ پر جو کہ بالعموم تین ماہ تک ہوتی رہتی ہے، مریض براہ راست اپنے پیشہ پر واپس لوٹ جاتا ہے۔ برطانیہ کے سمندری ساحلوں کی صحت گاہیں حیرت انگیز طور پر اختلاف پذیر آب و ہوا رکھتی ہیں۔ جنوب مغرب میں وہ فرانسیسی اور اطالوی ریویرا (Riviera) سے ملتی جلتی ہیں۔ لیکن چونکہ بالعموم آسمان پر زیادہ بادل چھائے رہتے ہیں لہذا رات کے وقت تپش کی کمی، اتنی نمایاں نہیں ہوتی۔ نیز دن کو اتنی گرمی نہیں ہوتی اور رات کو اتنی ٹھنڈ نہیں ہوتی۔ مشرق اور شمال مغرب کی صحت گاہیں ٹھنڈی ہوتی ہیں۔ جو کہ جنوب مشرق میں ہیں ان کو ان کے بین بین خیال کیا جاسکتا ہے۔

انگلستان میں کوئی کوہستانی آب و ہوا نہیں پائی جاتی۔ لہذا اگر اسکی

ضرورت پیش آئے تو مریض کو سوئٹزرلینڈ (Switzerland) جانا پڑتا ہے ۔ یا اس سے بھی آگے کرپاتھینز (Carpathians) میں ہائی ٹاٹرا (High Tatra) پر جانا پڑتا ہے ۔ اس قسم کی آب و ہوا کا فعل، آکسیجن کے گھٹے ہوئے دباؤ کی وجہ سے ہوتا ہے ۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ گھٹا ہوا دباؤ ایڈرینالین کی پیدائش کو ہیجان میں لاتا ہے ۔ اس سے دموی شکر بلند ہوجاتی ہے، خون کے تکوین یافتہ عناصر میں زیادتی واقع ہوتی ہے، جو سب سے پہلے طحال سے دب کر نکل آتے ہیں ۔ نیز گلوٹاتھایون (glutathione) میں اضافہ ہوجاتا ہے۔ یہ ایک خمیر ہے جس کو سب سے پہلے سرگولینڈ ہاپکنز (Sir Gowland Hopkins) نے فی الزجاج تیار کیا تھا ۔ مصل میں چند مادے نمودار ہوجاتے ہیں جن کو ہیموپائیٹینز (hæmopoietins) کہتے ہیں ۔ یہ نزف کے بعد خون کی باز تولید کو تیز کرنے کا خاصہ رکھتے ہیں ۔ ایک اور نکتہ جو کسیقدر دلچسپ ہے، مصلی کیلسیم کا بلند ہوجانا ہے ۔ اس کے معنیٰ یہ ہیں کہ مشار کی کم تحریک پذیر ہوجاتا ہے، اور درقیہ کم فعال ہوجاتا ہے ۔ یہ نکتہ چند سال ہوئے تجربی طور پر اس طرح دریافت ہوگیا تھا کہ جب جحوظ العینی غوطر کے ایک مریض کو وائنا (Vienna) سے ہائی ٹاٹرا میں بھیجا گیا تو اس کی حالت حیرت انگیز طور پر اچھی رہی ۔ کوہستانی آب و ہوا کو اب اس مرض میں مفید مانا جاتا ہے ۔ بمیہ شدہ مریضوں کو وہیں بھیجدیا جاتا ہے ۔ اگر کسی مریض کو قلبی عدم کفایت ہو تو اس کو ہرگز ہرگز پہاڑ پر نہیں بھیجنا چاہیئے ۔ تاہم یہ مدت سے معلوم ہے کہ سل اور جراحتی تدرن کے مریضوں کی حالت وہاں اچھی رہتی ہے ۔ یہ ظاہر ہے کہ آکسیجن کی قلت ایک ذمہ دار عامل ہے ۔ کیونکہ آکسیجن کی قلت سے علاوہ دوسری باتوں کے، سرخ خلیات کی پیدائش ہیجان میں آتی ہے، اور عدم دمویت زائل ہوتی ہے ۔

اس ملک میں سل ریوی کے علاج میں "تازہ ہوا" سے کیا مراد لیجاتی ہے ۔ "تازہ ہوا" سے مراد یہ نہیں ہے کہ ہوا میں آکسیجن کی غیر معمولی طور پر بڑی مقدار پائی جائے ۔ آکسیجن کی فیصدی مقدار دیہات میں تقریباً اتنی ہی

ہوتی ہے کہ جتنی شہر ہیں - اس ملک میں سل کا " تازہ ہوا" سے علاج کرنے سے مراد، ٹھنڈک کے ذریعہ علاج کرنا ہے - یہ دیکھا گیا ہے کہ ٹھنڈک سے آرام کرنے والے موضوع کا تحول بڑھ جاتا ہے، اور وہ مریض جو سارا وقت میدانوں میں گذارتے ہیں ان کی اشتہا بہتر ہوتی ہے، اور وہ اپنے بڑھے ہوئے تحول کے لئے ایندھن حاصل کرنے کے لئے زیادہ غذا کھاتے ہیں - علاج کے تین عمومی عامل جو اس ملک کی صحت گاہوں میں حاصل ہوسکتے ہیں، یہ ہیں، تازہ ہوا جس میں ٹھنڈا کرنے کی بڑھی ہوئی قوت ہو، آرام، اور اچھی غذا - ایک چوتھا عامل، یعنی گھٹی ہوئی رسد آکسیجن صرف پہاڑوں پر پایا جاتا ہے - سورج کی روشنی، ایک دافع سرایت عامل اور جلد میں حیاتین د تیار کرنے والی چیز ہے - یہ ایک پانچواں عامل ہے جو جراحتی تدرن اور عفونی حالتوں کے لئے مستعمل ہے - تاہم اسکو سل ریوی میں نہیں دیا جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ اس سے پھیپھڑوں کا امتلا ہوکر نفث الدم واقع ہوجاتا ہے - کم از کم سوئٹزرلینڈ میں یہی دیکھنے میں آیا ہے -

ادویہ - جراثیمی سرایتوں اور تقطیرپذیر قشبی سرایتوں کے لئے کوئی نوعی دوائیں نہیں پائی جاتیں - لیکن ایسی دواؤں کی جو نخز حیوانی اور دیدانی امراض کو شفا دیتی ہیں ایک بہت بڑی تعداد معلوم ہے - چند مثالیں بیان کی جاتی ہیں - ملیریا میں کونین، ایٹبرین اور پلازموکوین - امیبائی زحیر اور جگر کے خراج میں ایمٹین (emetine) - پیچ موئی امراض، جیسے آتشک، یاز (yaws)، تپ ناکسہ (relapsing fever) اور موش گزیدگی کی تپ (rat-bite fever) میں سالورسان (salvarsan) - مرض نوم میں بیئر ۲۰۵ اور ٹرپ ارسمائڈ (tryparsamide) - کالا آزار میں پیچ گرفتے، انٹی منی کے مرکبات جیسے نیوسٹبوسان (neostibosan) - بہت سے معائی دیدان کو نوعی دواؤں کے ذریعہ شفا دیجا سکتی ہے - سہ گرفتی، انٹی منی کی تجہیزات، مثلاً ٹارٹرایمٹک اور فوآڈین (fouadin) انسان کے بابی دوران خون سے بلہارزیا

طفیلیات کی جڑ کاٹنے میں موثر ہیں۔ قرابادین برطانوی میں ان دواؤں کی جو علاج کے لیے ضروری ہیں ایک مستند فہرست دی گئی ہے۔ لیکن تازہ دوائیں ہردم بڑھائی جارہی ہیں، اور پرانی دوائیں بھی جو اب قرابادین میں نہیں ہیں ابھی تک مفید ثابت ہوتی ہیں۔ دہن اور معاء مستقیم کی راہ سے، اور بذریعہ مرہموں اور دوازدہ غسلوں کے جلد کی راہ سے استعمال کرانے کے پرانے طریقے تو خیر تھے ہی۔ ان کے علاوہ اب دواؤں کو زیر جلدی، دروں عضلی دروں وریدی اور دروں شوکی اشراب کے ذریعہ، نیز رواں رسانی (ionisation) یا برقی انفاذ (cataphoresis) کے ذریعہ داخل کیا جاتا ہے۔ اس آخرالذکر طریقے میں رواں شدنی نمکوں کو، جن کا ایک یا دونوں ترکیبی جزو موثر دوائیں ہوتے ہیں، جلد سے لگادیا جاتا ہے۔ پھر گیلوانی رو کے ذریعہ سے کسی ایک رواں کو بافتوں میں دھکیلا جاتا ہے۔ یہ رواں مطلوبہ اثر پیدا کرتا ہے۔

معتاد۔ بالغ معتاد کی پوری پوری تفصیلات قرابادین میں دی گئی ہیں۔ سوال یہ پیدا ہوتا ہے کہ بچوں یا کم جسامت کے بالغوں کو صحیح صحیح کیا تناسبات دینے چاہئیں۔ پھر "تحمل شکر کا کاشفہ" یا "یوریا کی برآمد کا کاشفہ" عمل میں لاتے وقت یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ بچہ کو شکر یا یوریا کی کتنی معتاد دی جائے۔ بچوں میں اگر کوئی مزاج خاص نہ پایا جائے، تو بہترین یہ ہے کہ معتاد کا اس طرح حساب لگایا جائے کہ یہ وزن جسم کی $\frac{2}{3}$ قوت کے متناسب ہو۔ اگر ۱۰ اسٹون (۱۴۰ پونڈ) کے ایک آدمی کے لیے پوری معتاد کی ضرورت ہے، تو اس قاعدہ کے مطابق حساب لگائی ہوئی متناسب معتادیں حسب ذیل ہونگی۔

وزن (پونڈ)	۱۸۰	۱۶۰	۱۴۰	۱۲۰	۱۰۰	۸۰	۶۰	۵۵	۵۰	۴۵	۴۰	۳۵
معتاد	۱٫۱۸	۱٫۱	۱٫۰	۰٫۹	۰٫۸	۰٫۶۹	۰٫۵۷	۰٫۵۳	۰٫۵	۰٫۴۷	۰٫۴۳	۰٫۴

عضوی علاج (Organo-therapy) یا علاج بالعصارہ (Opotherapy) مخصوص قسم کی دواؤں میں سے جانوروں کے مختلف اعضاء

کے خلاصہ جات (درقیہ، فوق الکلوی غدہ، نخامی جسم، انسولین) کا ذکر کرنا ضروری ہے ۔ یہ اندرونی طور پر یا براہ مستقیم یا زیر جلدی اشراب کے ذریعہ دئے جاسکتے ہیں ۔ ان سے انسانی موضوع کے تناظر اعضا میں نقائص پورے کئے جاسکتے ہیں ۔

ضد سمی اور ضد جرثومی مصلات (Antitoxic and Anti-bacterial Sera) ۔ یہ بعض سرایتی جرثومی امراض میں بیحد مفید ہوتے ہیں، مثلاً خناق وبائی میں ۔ یہ ایک جانور کے مصل پر مشتمل ہوتے ہیں کہ جس کو اس خاص مرض کے لیے منیع کرلیا گیا ہو ۔ مصل میں ضد اجسام پائے جاتے ہیں جو انسانی مریض میں مرض کو دفع کردیتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 14) ۔ ان کو جانوروں پر تجربات کرکے احتیاط سے تعییر یافتہ کیا جاتا ہے ۔ ان کو زیر جلدی طور پر، یا عضلات میں، یا وریدوں میں، یا شوکی عمود کے غلاف میں مشرب کیا جاسکتا ہے ۔

جرثومی جدریات (Bacterial Vaccines) ۔ جدرین ایک محلول ہے جس میں کئی ملین (ایک ملین = ۱۰ لاکھ) مردہ جراثیم پائے جاتے ہیں ۔ یہ جراثیم علاج طلب مرض کے جراثیم کی مماثل انواع کے ہوتے ہیں، اور جنھیں بترجیح ایسے مادہ سے کاشت کیا جاتا ہے کہ جو مریض سے حاصل کیا گیا ہو کہ جس کا علاج مقصود ہے ۔ ان جراثیم کو رفتہ رفتہ بڑھتی ہوئی مقداروں میں مشرب کرنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض کے مصل میں ضد اجسام بڑھ جاتے ہیں، اور اس طرح اس کی مناعت بلند ہوجاتی ہے ۔

حرارت ۔ ایک تو گرمی کو، ہیجان میں لانے اور خراش مقابل کی اغراض کے لئے، اور حرارت کو اس کے تباہ کن اثرات (کیتی cautery:) کے لئے مقامی طور پر استعمال کیا جاتا ہے ۔ اس کے علاوہ تاباں برقی روشنیوں کے ذریعہ مشعع حرارت (radiant heat) کو، اور زیر سرخ اشعاع (infra-red radiation) کو رثیتی مفاصل اور مماثل حالتوں کے مقامی علاج کے لئے استعمال کیا جاتا ہے ۔

برقی حرارت رسانی (Diathermy) مقامی طور پر حرارت پہنچانے کا زیادہ حالیہ طریقہ ہے ۔ حرارت کو بلند تواتری روؤں کو لگاتار قائم رکھ کر پیدا کیا جاتا ہے ۔ اس صورت میں یہ کسی حصہ میں مثلاً مفصل میں بہت گہری گھس جاتی ہے ۔ کوئی دوسری حرارت جو برداشت کی جا سکتی ہو' اور جارحہ سے باہر کے کسی منبع سے حاصل ہو' اتنی گہری نہیں گھس سکتی ۔

فنسن کی روشنی (Finsen Light) ۔ ذئبہ (lupus) اور قرحہ قارضہ (rodent ulcer) کا روشنی کے ذریعہ علاج یہ ہے کہ مرض زدہ حصہ پر مقررہ مدتوں تک تیز روشنی ڈالی جائے ۔ یہ روشنی' بنفشئی اور ماورائے بنفشئی شعاعوں پر مشتمل ہوتی ہے ۔ یہ ایک قوسی روشنی سے پیدا ہوتی ہے کہ جس کی حرارتی شعاعوں کو روک لیا گیا ہو ۔

رانٹجنی شعاعیں (Roentgen Rays) یا لاشعاعیں (X-rays) ۔ ان شعاعوں کے طاقتور اثرات' خواہ وہ اچھے ہوں یا برے' سب کو معلوم ہیں ۔ جب شعاعیں غیر محفوظ جلد پر لگاتار کھیلتی ہیں' جیسے کہ لاشعاعی عاملوں کی صورت میں' تو ان سے شدید اور ناقابل شفا التہاب جلد پیدا ہو جاتا ہے ۔ اس التہاب جلد سے سرطان پیدا ہو جاتا ہے ۔ نیز خون پیدا کرنے والے اعضا پر ان کے تباہ کن اثر سے غیر تکوینی علام دمویت (aplastic anaemia) پیدا ہو کر موت واقع ہو گئی ہے ۔ جب ان شعاعوں کو مناسب احتیاطوں کے ساتھ محدود مدتوں تک استعمال کیا جائے' تو ان سے جسم کے خلیات کی بالیدگی میں ردوبدل پیدا ہو جاتا ہے ۔ لہذا یہ شعاعیں' قرحہ قارضہ' سرطان' مرض ہاجکن' سپید دمویت' نخاعی جوفیت' قوباء اور دوسرے عارضوں میں استعمال کی گئی ہیں ۔ گہرے لاشعاعی علاج میں کم نفوذ پذیر شعاعیں رک جاتی ہیں' اور صرف زیادہ نفوذ پذیر شعاعیں ہی استعمال میں آتی ہیں ۔ وہ ساختیں جو جسم کے اندر گہری واقع ہوں' مثلاً رحم' اور سرطان سے متاثر ہوں' ان میں ایسی شعاعیں پہنچ سکتی ہیں ۔ اگر اس سمت کو جس سے شعاعیں آتی ہیں' یعنی داخلہ کے راستہ کو بدل دیا جائے تو اسطرح جلد کو بچایا جا سکتا ہے ۔

ریڈیم (Radium) - اس مادے سے جو شعاعیں نکلتی ہیں وہ تمام زندہ بافتوں پر اور خاصکر سرطانی خلیات پر طاقتور اثرات رکھتی ہیں۔

برق (Electricity) - اس قوت کے خاص فوائد، شلل اور دوسرے عصبی امراض کا علاج ہیں۔ جن عضلات کو قوتِ ارادہ کے ذریعہ ہیجان میں نہیں لایا جاسکتا ان کو برقی تہییج کے ذریعہ منقبض کرایا جاسکتا ہے۔ صرف شرط یہ ہے کہ ان کا تغذیہ طبعی ہو، اور ان میں ذبول موجود نہ ہو۔ یہ انقباض جو بیان کردہ وقفوں سے عمل میں لایا جاتا ہے، عضلات میں خون اور لمف کے دوران کو قائم رکھتا ہے اور اس سے صحت کے لوٹنے میں آسانی ہوتی ہے۔ یہ انقباضات فرادی رو کے ذریعہ عمل میں لائے جاتے ہیں یا مسلسل رو کے انقطاع سے عمل میں لائے جاتے ہیں۔ بہت سے دردناک وجع العصبی عوارض کو بجلی کی مسلسل رو سے فائدہ پہنچتا ہے۔ برق کا ایک اور اطلاق جس کو آجکل اکثر استعمال کیا جاتا ہے، بلند تواتری رؤوں کا اطلاق ہے۔ یہ بلند قوہ کی، شاید ۱۰،۰۰۰ وولٹ کی رویں ہیں۔ یہ باری باری سے مثبت اور منفی ہوتی ہیں، اور تقریباً ایک ثانیہ کے ہر دس لاکھویں حصہ کے بعد اپنی امارت بدل دیتی ہیں۔ لہٰذا یہ اتنی سریع ہوتی ہیں کہ ان سے حسی اعصاب یا حرکی اعصاب یا عضلات ہیجان میں نہیں آتے۔ یہ چیزیں وہ ہیں جو صرف ۱ہزارویں ثانیہ کی مدت کے مہیجات کی مجیبیت کرتی ہیں۔ پھر بھی ان رؤوں سے بافتوں پر بعض اثرات پڑتے ہیں جن کے متعلق یہ دعوے کیا جاتا ہے کہ وہ یہ ہیں، بڑھی ہوئی خلوی فعالیت، عروقی نظام میں تغیرات، اور امتناع، یعنی عصبی عضلی نظام کا معمولی مہیجات سے کم اثر پذیر ہونا۔

دلک (Massage) - دلک سے مراد یہ ہے کہ عامل، جسم اور جوارح کی نرم بافتوں کی دست ورزی کرے۔ مقصد یہ ہوتا ہے کہ اس حصہ میں خون اور لمف کے دوران میں مدد دی جائے اور اس طرح تحول کو ہیجان میں لایا جائے۔ یہ چیز طبعی طور پر، ایک صحت مند شخص میں سرگرم ورزش سے پیدا ہوتی ہے۔ دلک کے استعمال سے، اکڑے ہوئے مفاصل کے آس پاس

انضمامات ڈھیلے ہوجاتے ہیں اور ارتخاء نہایت آسانی سے واقع ہوجاتا ہے۔ جب عضلات، تضرر یا لمبی بیماری کے باعث کمزور یا لاغر ہوگئے ہوں تو دلک کا استعمال، ان کو طبعی سرگرمی کی حالت میں لانے کے لئے ایک تمہید کے طور پر مفید ہوتا ہے۔ شدید عصبی بادروں میں، اور چند عصبی فتوروں میں، دلک پورے جسم کا ارتخاء پیدا کرنے کا ایک ذریعہ ہے۔ بعض فتوروں میں اس سے یہ فائدہ ہوتا ہے کہ بہت لاغری پیدا ہونے نہیں پاتی۔ دلک سے زمانہ نقاہت میں تکان کا احساس کافی طور پر گھٹ جاتا ہے، اور اس سے ترقی پذیر عضلی کام کو زیادہ جلد شروع کیا جاسکتا ہے۔ تیز ترین نتائج اسطرح حاصل کئے جاسکتے ہیں کہ جس جارحہ کی دست ورزی شروع کرنی ہو اس کو اچھی طرح گرم اور ڈھیلا کرلیا جائے۔

کف مالی (effleurage) میں سطح کو اوپر کی طرف یا مرکز جو سمت میں تھپکی لگائی جاتی ہے۔ عامل کا ہاتھ ڈھیلا رہنا چاہئے، اور یہ مریض کی جلد کے ساتھ قریبی طور پر لگا ہوا رہنا چاہئے۔ حرکت، باری باری سے دونوں ہاتھوں کے ذریعہ لے کے ساتھ عمل میں لائی جاتی ہے۔ اگر لمفی مسیلیت کی ضرورت ہو تو یہ حرکت آہستہ آہستہ عمل میں لائی جاتی ہے، اور اگر وریدی واپسی کی ضرورت ہو تو کم و بیش جلد جلد عمل میں لائی جاتی ہے۔ عجن (petrissage) میں عضلی دست ورزی کی سب شکلیں شامل ہیں۔ عامل اپنے ہاتھوں کو زیر دست ورزی حصہ پر مضبوطی سے رکھتا ہے۔ عضلات کو باری باری سے بھینچا جاتا اور ڈھیلا چھوڑ دیا جاتا ہے۔ اس بات کی احتیاط کی جاتی ہے کہ ہاتھ جلد پر سے پھسلنے نہ پائیں۔ رگڑ (friction) یہ ہے کہ رقبہ جات پر انگوٹھے یا انگلی کے ذریعہ چھوٹی سی مستدیر حرکت انجام دی جائے، اور اس سے مقامی الیمیت اور انضمام کو دور کرنا مقصود ہوتا ہے۔ ارتعاشات (vibrations)، باریک متوقف حرکات ہیں جو انگلیوں یا ہاتھ کے ذریعہ انجام دی جاتی ہیں۔ یہ خاص طور پر اعصاب کے اوپر، اور پیٹ نفخ کی اصابتوں میں انجام دیجاتی ہیں۔ چپی (tapotement) میں مختلف قسموں کا تھپکنا،

8 ٹھوکنا اور پیٹنا شامل ہے۔ یہ ایک قرع کی حرکت ہے جس کو انگلیوں اور ہاتھ کی زندی سطح، مٹھی، یا ہاتھ کی "ایڑی" سے انجام دیا جاتا ہے۔ اس سے مقامی بیش دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔

دلک کی حرکات خاص طور پر مرکز جو ہوتی ہیں۔ عامل کے ہاتھ، زم، خشک اور ڈھیلے ہونے چاہئیں۔ تیل، مرہم یا مروخات ہرگز استعمال نہ کرنے چاہئیں۔ ہاں جب طبیب نے ان کی خاص طور پر ہدایت کی ہو تو ان کو استعمال کیا جاسکتا ہے۔

انفعالی حرکات (Passive movements)۔ اس قسم کے علاج کا اطلاق مفاصل پر کیا جاتا ہے۔ حرکات کو دو سرخیوں کے تحت جماعت بند کیا جاسکتا ہے۔ دست ورزی (manipulation)۔ اس میں عامل مفصل کو انفعالی طور پر اس کی پوری جولانی میں چاروں طرف حرکت دیتا ہے۔ لیکن اس سے قبل معدم حس کے ذریعہ یا اس کے بغیر مریض کو ڈھیلا کرلیا جاتا ہے۔ مسلسل جر (continuous traction)۔ اس میں مفاصل کی سطحوں کو ہاتھوں کے ذریعہ ایک لمبی مدت تک ایک دوسرے سے کھینچ کر الگ رکھا جاتا ہے۔ یا کسی قسم کی وزن دار توسیع کے ذریعہ ایسا کیا جاتا ہے۔

دلک کی مدت، جسم کے رقبہ پر منحصر ہوتی ہے کہ جس کا علاج کرنا ہے۔ ایک ایسا جارحہ جسمیں حادضربی تورّم ہو یا جس میں گھٹتی ہوئی دموی رسد ہو دن میں تین مرتبہ پانچ تا پندرہ دقیقہ تک دلک کرنے کی ضرورت ہے۔ سارے جسم کی ۴۵ دقیقہ سے کم میں ٹھیک طور پر دست ورزی نہیں کی جاسکتی۔ دلک کی ہدایت صرف ان مثالوں میں کرنی چاہئے کہ جن میں سرگرم کام نہیں شروع کیا جاسکتا۔ جب دلک کی ہدایت کردی جائے تو یہ صرف اتنی مدت تک جاری رکھنا چاہئے کہ جتنی مدت تک فعالیت ممکن نہ ہو۔

سویڈنی علاجی ورزشیں (Swedish remedial exercises)، نوہیم کا علاج (Nauheim treatment)، فرینکل کی صحیح حرکات

(Frankel's precision movements) اور دوسری حرکات ، یہ ستبلا ریجی فعال حرکات کے مختلف نظامات ہیں ، جن میں جسم کے عضلات کو ایک طبیب یا طبی جمناسٹک دان کی ہدایات کے تحت جبراً کام کرایا جاتا ہے ، اور غرض یہ ہوتی ہے کہ مقامی طور پر یا عمومی طور پر ورزش کی ایک روزانہ مقدار کرائی جائے ۔ ان کا فائدہ یہ ہے کہ مفاصل ، قلب ، عضلات اور ہضم اور اخراج کے اعضا کو قابو میں رکھے ہوئے عضلی انقباض کے ذریعہ رفتہ رفتہ کام کی عادت ڈالی جائے ۔ اسی طرح صحیح حرکات کی صورت میں یہ فائدہ ہے کہ عصبی نظام کے ذریعہ ہم آہنگی کے وظیفہ کو از سر نو بحال کیا جائے ۔

کام کا یہ نظام ، عضلی نظام کے طبعی وظیفہ کو بحال کرنے کا واحد طریقہ ہے ۔ دلک کو محض فعال کام کی تمہید کے طور پر استعمال کرنا چاہیئے ۔ ہر علاج پر فعال کام کی مقدار کو منظم رکھنے کا طریقہ یہ ہے کہ صبح اور شام ایک قرطاس (chart) پر شرح نبض کا نقشہ کھینچا جائے ۔ شدید کمزوری کی صورت میں ، نبض ہر علاج کے بعد ۶ تا ۱۰ ضربات تک بڑھائی جا سکتی ہے ، بشرطیکہ یہ دو دقیقہ کے آرام کے بعد طبعی حالت پر آجائے ۔ زیادہ مزمن اصابتوں میں ، ورزش کے بعد نبض کو ۲۰ تا ۳۰ ضربات تک بڑھایا جا سکتا ہے ، جو تین دقیقہ کے آرام کے بعد طبعی حالت پر لوٹ آئے ۔ اگر فعال حرکات کو ضرورت سے زیادہ تیزی سے بڑھایا جائے تو ممکن ہے نبض رفتہ رفتہ بہت بڑھ جائے ۔

دلک اور فعال عضلی کام میں ایک امداد کے طور پر ، بعض حالتوں میں مختلف قسم کے غسل بھی استعمال کیے جاتے ہیں ۔ ان کا فائدہ یہ ہے کہ یہ جلد کے فعل کو بڑھاتے ہیں ، اور زیر علاج حصہ کو اچھی طرح گرم کر دیتے ہیں ۔ مقامی حصہ کے لیے ، گردابی غسل (whirlpool baths) یا پیرافن موم کے غسل (paraffin wax baths) نہایت مفید پائے جاتے ہیں ۔ پورے جسم کے لیے زبدی غسل (foam baths) نہایت موثر ثابت ہوتے ہیں ۔

ان کو مریض اپنے گھر پر ہی استعمال کر سکتا ہے۔

قدرتی پانی (Natural Waters) ۔ قدرتی پانیوں کو پینا یا غسلوں یا نطولات کے ذریعہ استعمال کرنا، طب میں ایک ابتدائی ترین علاج ہے۔ مریض اگر اس علاج سے فائدہ اٹھانا چاہیں تو انہیں کسی اسپا (Spa) میں جانا چاہیئے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ پانی جب زمین سے نکل آتے ہیں تو وہ تیزی سے پرانے ہو جاتے ہیں، اور ان کے طبیعی اور کیمیاوی خواص جاتے رہتے ہیں۔ معدنی چشمے یا تو نسبتہً اوپری ارضیاتی طبقات سے آتے ہیں، جبکہ ان کو واڈوس (vadose) کہتے ہیں، یا وہ طبقات میں رخنوں (faults) کی راہ سے زمین میں بڑی گہرائی سے آتے ہیں، جبکہ وہ گرم یا حار ہوتے ہیں۔ جب تپش ۹۳° ف ہو، تو جسم اسوقت جبکہ اس کو ڈبویا جائے حرارت نہ تو حاصل کرتا ہے اور نہ کھوتا ہے۔ اس کو حرارتی بے حسی کا نقطہ کہتے ہیں۔ ایسے پانیوں کو حرارتی (thermal) کہا جاتا ہے۔ اگر تپش اس سے بہت بلند ہو تو ان کو بیش حرارتی (hyperthermal) کہا جاتا ہے۔ زیر تپشی (hypothermal) یا ٹھنڈے غسلوں میں تپش نسبتہً کم ہوتی ہے، مثلاً ۶۸° ف، اور اگر جسم کو پانی میں ڈبویا جائے تو اس سے حرارت کا نقصان ۵ گنا زیادہ ہو جاتا ہے۔

پانیوں کو اگر ان کے معدنی مافیہا کے لحاظ سے جماعت بند کیا جائے تو اولاً ان کو اپنے ارتکاز کے لحاظ سے بیش تنشی (hypertonic) یا زیر تنشی کہا جاتا ہے، دوم وہ اپنی ماہیت کے لحاظ سے مندرجہ ذیل ہو سکتے ہیں۔ قلوی (alkaline)، جبکہ ان میں دھاتیں پائی جاتی ہیں، جیسے سوڈیم، پوٹاسیم میگنیشیم، کیلسیم یا کاربونیٹز، بوریٹز یا سلیکیٹز۔ نمکین، جبکہ ان میں سلفیٹز کلورائیڈز، نائٹریٹز یا فاسفیٹز پائے جائیں۔ ترشئی (acid) جبکہ ان میں نمک یا گندھک کا ترشہ پایا جائے۔ یہ پانی بالعموم آتش فشانی ہوتے ہیں۔ آھن آمیز یا حدیدی (ferruginous or chalybeate)، جبکہ ان میں لوہا پایا جائے۔ گندھک دار یا گوگرد آمیز (sulphur or sulphuretted)، جبکہ

ان میں سلفائیڈز پائے جائیں ۔ اس کے علاوہ مختلف پانیوں میں بعض خصوصیات
پیدا کرنے والی اشیا موجود ہوتی ہیں، مثلاً سنکھیا، کاربن ڈائی آکسائیڈ،
نائیٹروجن، آیوڈائیڈز، برومائیڈز، اور تابکار مادے (radioactive substances)۔
پانی کے ذریعہ علاج کرنا، خواہ یہ پانی معدنی ہو یا نل کا، آبی علاج (hydrotherapy)
کہلاتا ہے اور اس سائنس کو طبی مائیات کہتے ہیں ۔ آخر میں ہمیں گِلوں
(peloids) یا کیچڑوں (muds) کا ذکر کرنا باقی ہے ۔ یہ بیرونی الساق کے
لیے استعمال کیے جاتے ہیں ۔ یہ سیلابی یا آتش فشانی ہو سکتے ہیں یا حمأ
(peat) پر مشتمل ہوتے ہیں ۔

غسل یا نطولات (Baths and Douches) ۔ ان ذرائع سے
ہم سردی اور گرمی کے میکانی اثرات پیدا کر سکتے ہیں ۔ اس سے عرق
حرکی نظام اور دوران خون، کیا مقامی طور پر اور کیا عمومی طور پر، متاثر
ہوتا ہے ۔ غرقی غسلوں، مثلاً گھریلو غسل، کے ساتھ زیر رو نطول ملایا جاسکتا
ہے جس میں مختلف تپش کا پانی ایک خاص حصہ کی طرف بہایا جاتا ہے ۔
مساج سولو ("Massage sous l'eau") میں، اسوقت جبکہ دلک کیا جائے
پانی کی دھاریں مریض پر ماری جاتی ہیں ۔ باری باری سے گرم اور ٹھنڈے
نطولات کرنا، گرم ہوا کا غسل، ابخری یا دخانی غسل، زبدی غسل، گردابی
غسل، پیرافینی موم کا غسل، یہ وہ چند طریقے ہیں جو کہ طبیعی طب کے کسی
ادارہ میں استعمال کیے جاتے ہیں ۔ اسپا (Spa) پر معدنی پانیوں کو
بھی غسل کے لئے عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے ۔ یہاں ہمیں دورانی فتوروں
کے لئے کاربن ڈائی آکسائیڈ کے غسلوں کا ذکر کرنا ضروری ہے ۔ ان میں جو
پانی استعمال کیے جاتے ہیں ان میں گیس محلول کی حالت سے نکلتی ہے
یہ غسل مصنوعی طور پر بھی تیار کیے جا سکتے ہیں ۔ گرم غسل، عرقیت
(diaphoresis) اور پسینہ لانے کے لئے کارآمد ہوتے ہیں ۔

10

امراض ساریہ

INFECTIOUS DISEASES

سرایت کی ماہیت

یابندہ میں قشب کا فعل ۔ مرض کا قشب یا سببی عامل نظام میں مندرجۂ ذیل راہوں سے داخل ہوتا ہے ۔ تنفسی خطہ سے (تپ قرمزی، چیچک) ۔ حلق سے (خناق وبائی) ۔ غذائی قنال سے (تپ معویہ، ہیضہ) تناسلی غشاء مخاطی سے (سوزاک، آتشک) ۔ کیڑوں کے کاٹنے سے (ملیریا، تپ زرد، مرض نوم) ۔ جلد کے زیادہ موٹے اضرار سے (آتشک، آب ترسی) ۔

اگر عضویہ قشبی ہو اور فرد اثر پذیر ہو تو ایسی صورت میں قشب کے داخل ہونے کے بعد حضانت (incubation) کا ایک زمانہ آتا ہے ۔ اس زمانے میں کوئی تغیرات ظاہر نہیں ہوتے ۔ یہ بالعموم دو تین دن سے لیکر ۲۰ دن تک اختلاف پذیر ہوتا ہے، اور ہر خاص مرض کے لئے بعض حدود کے اندر مستقل رہتا ہے ۔ حضانت کے زمانہ میں عضویات نمویاب ہوتے اور بڑھتے ہیں ۔ وہ ان زہریلے حاصلات کو تیار کرتے ہیں کہ جن سے سرایتی مرض کے مختلف علامات اور اثرات بیشتر پیدا ہوتے ہیں ۔ یہ خرد عضویات بعض اوقات تطعیم یا حملہ کے مقام پر ہی محدود رہتے ہیں،

اور صرف ان کے زہر یا سم ہی نظام میں بکھرنے پاتے ہیں (تسمم الدام : toxaemia)- اس حالت کے لئے ایک اور لفظ بھی، جو کہ ذرا پرانی طرز کا ہے، بولا جاتا ہے، یعنی گندلایدگی خون (sapraemia) - اس کے یہ معنی ہیں کہ تنخر پذیر بافت کا ایک کمیقدر وسیع رقبہ موجود ہے، مثلاً رحم میں، کہ جس سے سموم جذب ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ بعض اوقات کسی اولی ماسکہ کے خرد عضویات جوئے خون میں داخل ہو جاتے ہیں، اور وہاں زندہ رہتے ہیں۔ چنانچہ خون کے نمونوں سے زندہ جرثومیاتی کاشتیں تیار کیجا سکتی ہیں۔ ایسی حالت کو عفونت الدم (septicaemia) کہتے ہیں۔ مرض کے آخری درجوں میں ممکن ہے یہ عضویے جوئے خون میں سرگرمی کے ساتھ بڑھ رہے ہوں۔ لیکن معمولی حالات میں، اس شرح کے درمیان کہ جس سے عضویات دوران خون میں داخل ہوتے ہیں اور خون کی اس قابلیت کے درمیان جو وہ اپنے مختلف مناعتی ردعملوں کے ذریعہ ان سے نپٹنے کی ظاہر کرتا ہے، ایک توازن قائم رہتا ہے۔ درحقیقت بعض اوقات اتنے تھوڑے عضویات پائے جاتے ہیں کہ جرثومیاتی امتحان منفی ثابت ہوتا ہے۔ لہذا ایک منفی نتیجہ سے یہ خارج از بحث نہیں ہوتا کہ عفونت الدم موجود ہے۔

جب ایک عفونت الدم موجود ہو، تو خرد عضویات ممکن ہے دورانی نظام کے مختلف حصوں میں پھنس جائیں، اور اس طرح جسم کے مختلف حصوں میں انتقالی پھوڑوں کی شکل میں مرض کے تازہ ماسکے پیدا کر دیں۔ اس حالت کو تقیح الدم (pyaemia) کہتے ہیں۔ لیکن یہ انتقالی پھوڑے یا تقیح الدم، ایک عفونت الدم سے علیحدہ بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ تھکے وغیرہ کے چھوٹے چھوٹے ریزے کہ جن میں خرد عضویات پائے جاتے ہیں اولی ماسکہ سے الگ ہو کر جوئے خون میں بہ جاتے ہیں، اور پھر پورے جسم میں بکھر جاتے ہیں۔ اولی سرایتی ماسکہ کا محل وقوع ایک حد تک اس چیز کو متعین کرتا ہے کہ جوئے خون کی سمت کی وجہ سے پھوڑے کس عضو میں واقع ہونگے۔ اور یہ اس طرح ہوتا ہے (۱) جب ضرر

محیطی نظامی دوران میں واقع ہو، مثلاً حاد التہاب مغز استخوان (acute osteo-myelitis) میں، تو ایسی صورت میں پھوڑے یا عفونی منفعات، اولی طور پر پھیپھڑے میں واقع ہونگے - البتہ بعض باریک سدادات، ریوی دوران سے گزرنے میں کامیاب ہوجاتے ہیں، اور اس طرح قلب کے عضلہ اور دوسرے اعضا میں مزید پھوڑے پائے جاسکتے ہیں - (۲) جب اولی ماسکہ پھیپھڑے میں ہو، مثلاً مزمن تمدد الشعب میں، یا جب وہ قلب میں ہو، جیسے سرایتی التہاب دروں قلبیہ میں، تو ایسی صورت میں پھوڑے، اولی طور پر دماغ میں اور نظامی دوران کے دوسرے اعضا میں واقع ہونگے - (۳) بابی تقیح الدم میں، اولی ضرر یہ ہوتا ہے کہ ان حصوں میں کہ جو اپنے خون کی مسیلیت بابی ورید میں کرتے ہیں، کسی قسم کا تقرح ہوتا ہے، مثلاً ایک زائدی پھوڑا (appendix abscess)- ایسی صورت میں جگر میں ثانوی پھوڑے پیدا ہوجاتے ہیں، جن کے ساتھ تقیحی التہاب ورید الباب (suppurative pylephlebitis) کبھی ہوتا ہے اور کبھی نہیں ہوتا (ملاحظہ ہو التہاب ورید الباب)-

11 **سرایتی امراض کا انتقال** - حقیقت میں یہ صحت عامہ کی شاخ ہے - لیکن ایسی کتاب میں جیسی کہ یہ ہے، ایک مختصر سا بیان ضروری ہے - سرایتی امراض کی یہ تعریف کی گئی ہے کہ یہ ایسے امراض ہیں جن میں ایک قشب یا خرد عضویہ جسم میں گھس جاتا ہے - اب یہاں یہ کہنا چاہیئے کہ قشب اولاً راست یا بالواسطہ دوسرے انسانوں سے ماخوذ ہوتا ہے، جو کہ مرض سے بیمار ہوتے ہیں، مثلاً قرمزیہ، کھسرا اور بہت سے دوسرے امراض میں - دوم وہ جانوروں سے ماخوذ ہوتا ہے، جیسے آب ترسی، جمرہ (anthrax)، مرض القدم والفم (foot and mouth disease) میں - سوم وہ زمین یا دوسرے سرچشموں سے ماخوذ ہوتا ہے - یہ سرچشمے، جہانتک کہ معلوم ہے اس عمل میں دوسرے انسانوں اور جانوروں کی سابقہ شرکت سے کوئی تعلق نہیں رکھتے، مثلاً کزاز میں - بہت سی مثالوں میں، جیسے تپ قرمزی اور خناق وبائی میں، تنفسی غشائے مخاطی کا افراز، بساق کے

قطیروں کی شکل میں وہ ذریعہ ثابت ہوتا ہے کہ جس سے زہر منتقل ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں، مثلاً ہیضہ یا تپ معوی میں، برازی اخراجات ایسا ذریعہ ثابت ہوتے ہیں۔ اور دوسری مثالوں میں مثلاً آتشک اور سراجہ (glanders) میں زخموں کی پیپ یہ کام انجام دیتی ہے۔ اس چیز کو بڑھتی ہوئی اہمیت دی جارہی ہے کہ عضویات، نقیہیت مکمل ہو چکنے کے بعد، فرد میں مہینوں بلکہ سالوں تک باقی رہ سکتے ہیں۔ اس طرح وہ دوسروں میں سرایت پیدا کرنیکا سبب ہوتے ہیں۔ یہ چیز، تپ معوی، خناق وبائی، ہیضہ، دماغی نخاعی تپ اور التہاب رماد النخاع (poliomyelitis) میں دیکھی جاتی ہے۔ وہ اشخاص جو کہ سرایت کو منتقل کرتے ہیں حامل (carriers) کہلاتے ہیں۔

امراض کی ایک بڑھتی ہوئی تعداد میں یہ نظر آرہا ہے کہ خورد عضویات، بیمار سے صحت مند میں، کاٹنے والے یا چوسنے والے کیڑوں کے ذریعہ منتقل ہوتے ہیں۔ یہ کیڑے خون میں سرایتی عامل کو مریض کی جلد پر سے لے لیتے ہیں، اور قشب کو ایک تازہ میزبان کی جلد میں کچوکے کے ذریعہ داخل کر دیتے ہیں۔ یا براز کو صحت مند جلد پر خارج کر دیتے ہیں، اور وہ بعد میں کچوکوں میں رگڑا جاتا ہے یا کسی دوسرے طریقہ سے جلد کو سرایت زدہ کر دیتا ہے۔ چنانچہ ملیریا، تپ زرد اور فلاریت، مچھروں کے ذریعہ منتقل ہوتی ہے۔ مرض نوم سیٹ سی مکھیوں کے ذریعہ، تپ ٹائیفس جوؤں کے ذریعہ، اور اسی طرح کا افریقہ کا ایک مرض چچڑیوں کے ذریعہ، طاعون پسوؤں کے ذریعہ۔ معمولی گھریلو مکھی شاید ہیضہ، تپ محرقہ، رضیعی اسہال، رمد، اور بعض دوسرے امراض کو منتقل کرنے میں حصہ لیتی ہے۔ بعض مثالوں میں قشب یا خورد عضویہ کا، کیڑے کے جسم کے اندر، نمو واقع ہوتا ہے۔

مخلوط سرایتیں (Mixed Infections)۔ مخلوط سرایتوں کی بعض زیادہ معروف مثالیں، قرمزیہ کا خناق وبائی کے ساتھ، تپ قرمزی کا کالی کھانسی کے ساتھ، تپ قرمزی کا مونیا سیتلا کے ساتھ، خناق وبائی کا کھسرا کے ساتھ، کالی کھانسی کا ذات الریہ کے ساتھ اور تدرن کا لختی ذات الریہ

کے ساتھ ایک ہی شخص میں ایک ہی وقت میں پایا جاتا ہے ۔ لیکن سب سے زیادہ اہم اور سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہونے والی مثال شاید وہ ہی جبکہ بہت سے سرایتی امراض میں، پیپ پیدا کرنے والے عضویات ‌نبقات عنبیہ ریم زا ذہبی (Staphylococcus pyogenes aureus) اور نبقات سبحیہ ریم زا (Streptococcus pyogenes) جسم پر ثانوی طور پر دھاوا کر دیتے ہیں ۔ اس سے اصل مرض کی پیچیدگیوں یا عواقب کے طور پر تقیحی اضرار، عفونت الدم اور تقیح الدم پیدا ہو جاتے ہیں ۔

سرایت کی تحریز ۔ ایک شخص سے دوسرے شخص یا دوسروں میں سرایتی امراض کے انتقال کی روک تھام کرنے کے تین طریقے ہیں ۔ ایک تو یہ ہے کہ بیمار کو صحت مند سے علٰحدہ کر دیا جائے (علٰحدگی: isolation) ۔ دوسرا یہ ہے کہ قشب کو بیمار شخص میں، یا کسی بھی کپڑے، کتاب، کمرے یا سامان آرائش میں کہ جس کو اس نے ملوث کر دیا ہو، یا کسی بھی ابراز میں کہ جو اُس سے خارج ہو، ملیامیٹ کر دیا جائے (دفع سرایت : disinfection) ۔ اگر کیڑے، تعدیہ میں ایک حامل ہوں، تو ان کو اگر ممکن ہو تو تہس نہس کر دینا چاہیئے یا کم از کم بیمار کے ساتھ ان کا تماس روک دینا چاہیئے ۔ تیسرا طریقہ یہ ہے کہ ممکنہ یابندہ کی حالت میں اس طرح کا ردوبدل پیدا کر دیا جائے کہ وہ قشب کا اثر قبول نہ کر سکے، خواہ وہ اس کے تماس میں ہی کیوں نہ آئے (مناعت کی پیدائش، مناعت آفرینی) ۔

علٰحدگی (Isolation) ۔ مریض کو ایک علٰحدہ کمرے میں رکھنا چاہیئے ۔ اگر ممکن ہو تو اسے مکان کی ایک علٰحدہ منزل میں رکھنا چاہیئے ۔ اِس کو ایک چادر کے پردے کے ذریعے کہ جو کاربالک ایسڈ کے محلول (۴۰ میں ۱) سے تر ہو، علٰحدہ کر دینا چاہیئے ۔ جہاںتک ممکن ہو، پوری پوری ترویح قائم رکھنی چاہیئے، کیونکہ تازہ ہوا کے ہر وقت اندر آنے سے زہر کی ترقیق ہوتی رہتی ہے، جو عمل کا ایک نہایت ہی اہم حصہ ہے ۔ تمام غیر ضروری سامان آرائش، پردوں اور شطرنجیوں، کپڑوں وغیرہ کو، کہ جن سے تعدیہ چمٹ سکتا ہے، کمرے

سے ہٹا دینا چاہئے۔ طبی خدمت گزار حتی الوسع ایسے لوگ ہونے چاہئیں جنکو
سابقہ بیماری نے محفوظ کردیا ہو۔ یہ بات یاد رکھنی چاہئے کہ جب وہ بیمار کے
کمرے سے مکان کے دوسرے حصوں میں جاتے ہیں تو اسوقت وہ مرض 12
کو منتقل کرسکتے ہیں۔ ہاں اگر ان کے بالائی کپڑوں کو دوسروں سے ملنے سے
قبل اتار دیا جائے تو پھر وہ مرض کو منتقل نہیں کرتے۔ بیمار کے کمرے میں
صرف ایسی کتابیں، کاغذ یا کھلونے آنے دینے چاہئیں کہ جن کو بعد میں جلایا
جاسکے۔ کھانے کے برتنوں کو پانی میں جوش دے کر بے سرایت کردینا چاہئے۔

قرنطینہ (Quarantine)۔ ایسے اشخاص کے لئے جو کہ سرایتی مرض
میں مبتلا مریضوں کے ساتھ تماس یافتہ رہے ہوں، قرنطینہ کی مدت، اس
اعظم حضانتی مدت سے جو کہ ہر مرض کے بیان میں بتائی گئی ہے ۲ دن زیادہ
خیال کی جاتی ہے۔ البتہ خناق وبائی کی صورت میں یہ ہے کہ تمام منکشف
شدہ اشخاص کو قرنطینہ میں رکھا جاتا ہے، تاوقتیکہ جرثومیاتی امتحانات سے
ان کا حامل نہ ہونا ثابت نہ ہوجائے۔

خود سرایت زدہ شخص کے بارے میں یہ ہے کہ جب تک کہ مریض
کے سرایتی ہونے کا یقین ہے اثر پذیر یا غیر محفوظ اشخاص سے اس کی
علٰحدگی قائم رکھنے کی ضرورت ہے۔ ہر اصابت کے بارے میں اس کے مالہٗ
و ماعلیہ کی بنا پر رائے دینی چاہئے۔ چنانچہ خفیف غیر پیچیدہ تپ قرمزی کی
صورت میں چار ہفتے کافی ہوتے ہیں۔ لیکن اگر دافع تپ قرمزی مصل استعمال
کیا گیا ہو تو صرف تین ہفتے کافی ہوسکتے ہیں۔ مدارس کے طبی عہدہ داروں
کی انجمن (Medical Officers of Schools Association) نے مندرجۂ
ذیل مدتوں کو مختصر ترین مدتوں کے طور پر اختیار کرلیا ہے، جو طفحہ یا دوسری
قسم کی ابتدا، اور مریض کے گھر یا مدرسہ میں واپس لوٹنے کے درمیان
گزرنی چاہئیں۔ حُمیرا (rubella) میں سات دن، بشرطیکہ انفی یا دوسرے
علامات باقی نہ ہوں۔ کھسرہ میں، طفحہ شروع ہونے سے لیکر کم از کم دس دن
نقیہیت اچھی طرح قائم ہوجانی چاہئے۔ کن پھیڑ میں، ۲ ہفتے۔ اس میں تورم

بالکل زائل ہو جانے سے لیکر ایک پورا ہفتہ بھی شامل ہے۔ خناق وبائی میں، چار ہفتے۔ شرط یہ ہے کہ تمام اخراجات موقوف ہو گئے ہوں اور انفی یا بلعومی مخاط میں کوئی نوعی عصیہ نہ پایا جائے۔ کالی کھانسی میں، ۲ ہفتے جوشنجی کھانسی یا ہُوپ (whoop) کے حملہ سے پاک ہوں۔ قرمزیہ میں، چار ہفتے۔ شرط یہ ہے کہ تقشیریت کی تکمیل ہو جائے، اور گلے کی سوزش، کان یا ناک سے اخراج، تقیح پیدا کرنے والا غدہ، یا ایکزمائی چکنی موجود نہ ہو۔ لیکن مدرسہ میں واپس لوٹنے سے قبل ۲ ہفتے کی زائد تقشیریت کا موقعہ دینا چاہیئے۔ چیچک اور جدیری میں تمام کھرنڈ جھڑ جانے چاہئیں، اور تمام زخم بھر جانے چاہئیں۔ جلد الراس کی طرف خاص توجہ دینے کی ضرورت ہے۔

دفع سرایت (Disinfection)۔ ابرازات کا دفع سرایت براز یا بول کو، مثلاً تپ معویہ میں، لائسال (۵۰ میں ۱) سے ڈھانک دینا چاہیئے اور کم از کم ایک گھنٹہ تک رکھا رہنے دینا چاہیئے اور پھر آبی قدمچہ میں پھینک دینا چاہیئے۔ بساق کے ساتھ بھی یہی سلوک کرنا چاہیئے، یا اس کو جلا دینا چاہیئے، یا جوش دے دینا چاہیئے۔

کپڑوں کا دفع سرایت۔ کتان کو بے سرایت کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ اس کو لائسال کے ۵۰ میں ۱ محلول میں ایک گھنٹہ تک بھگو کر رکھا جائے پھر اس کو نچوڑ کر لانڈری (laundry) میں بھیج دینا چاہیئے۔ اگر اس پر البیومنی مادے کے دھبے ہوں تو اسے لائسال میں ڈالنے سے پہلے پانی میں بھگونا چاہیئے۔ بہت سے مقامی حکام کپڑوں اور بستروں کو اٹھالے جاتے ہیں، اور انھیں بھاپ کے ذریعہ بے سرایت کرنے کے بعد واپس لا دیتے ہیں۔ بستروں اور کپڑوں کے لئے یہ واحد قابل اعتماد طریقہ ہے۔ اونی کپڑوں کو ۱۸۰° یا ۲۰۰° کی خشک حرارت میں کھلا رکھنا چاہیئے۔ یہ بہترین طور پر خاص تنوروں میں انجام دیا جاتا ہے جو اس غرض کے لئے تعمیر کئے جاتے ہیں۔ اب یہ مقامی صفوی حکام کے پاس موجود ہیں۔

مریض کا دفع سرایت۔ بیماری کے دوران میں یہ اہم ہے کہ مریض

کے اخراجات سوکھنے نہ پائیں کہ جس سے وہ گرد وغبار کے طور پر پھیل جاتے ہیں۔ تمام افرازات وغیرہ کو تر پچاروں کے ذریعہ پونچھا جاتا ہے' اوران پچاروں کو دافع عفونت محلول میں ڈالدیا جاتا ہے۔ توشک اور تکیہ کو برساتی یا جگناتھی (jaconette) کے ذریعہ بچاکر رکھنا چاہئے۔ جب مریض صحت یاب ہوجائے تو اس کو چاہیئے کہ دوستوں سے ملنے سے قبل کئی مرتبہ گرم غسل کرے اور کاربالک کے صابن سے جسم کو رگڑے۔

کمرہ کا دفع سرایت۔ جب مریض اس کمرے سے کہ جس میں وہ بیمار رہا ہے' نکل جائے تو پھر قبل اس کے کہ اس میں دوسرے لوگ آکر ٹھیریں اس کو اچھی طرح بے سرایت کرلینا چاہئے۔ اکثر صورتوں میں دیر تک تروبح کرنا اور فرش کو صابن اور پانی سے رگڑنا کافی ثابت ہوتا ہے۔ وہ چیزیں جو جوش دینے سے خراب ہوجاتی ہیں ان کو تازہ ہوا اور سورج کی روشنی میں کھلا رکھکر کافی بے سرایت کیا جاسکتا ہے۔ اگرگیسی دافع سرایت کی ضرورت پیش آئے' تو فارملین کا تربخار یا سلفرس ایسڈ گیس (sulphurous acid gas) استعمال کی جاسکتی ہے۔

جب فارملین استعمال کی جاتی ہے تو ایک خاص آلہ (الفارمنٹ لیمپ : Alformant lamp یا لنگنر کا گلائکو فارمل کا آلہ (Lingner's glycoformal apparatus :) درکار ہوتا ہے۔ کمرے کو کس کر مہر بند کردینا چاہیئے' اور بخار میں کم از کم ۴ گھنٹے کھلا رکھنا چاہیئے۔

13 سلفرس ایسڈ گیس گندھک جلاکر حاصل کی جاتی ہے۔ کمرے میں ہر ... ۱مکعب فیٹ کے لئے گندھک کے تین پونڈ استعمال کیئے جاتے ہیں گندھک کو ایک یا دو مٹی کے برتنوں یا رکابیوں میں ڈالدیا جاتا ہے۔ ہر برتن یا رکابی کو پانی کی ایک بڑی کڑھائی میں دو یا تین اینٹوں پر رکھدیا جاتا ہے۔ کھڑکیوں کی درزوں کو' بھورے کاغذ کی دھجیاں چپکاکر بند کردیا جاتا ہے۔ پھر گندھک کو روشن کردیا جاتا ہے' اور دروازہ کو بند کرکے کھڑکیوں کے طریق پر اس کی درزیں بند کردی جاتی ہیں۔ ۲۴ گھنٹے کے بعد کمرے میں داخل ہونا چاہیئے' اور

کھڑکیوں کو پورا پورا کھولدینا چاہیئے۔ گندھک میں یہ نقص ہے کہ اس سے دھات کے کام کی جلا جاتی رہتی ہے، اور پیانو کے باجے اور سینے کی مشینیں خراب ہوجاتی ہیں۔ لہذا دھونی دینے سے قبل ان چیزوں کو نکال دینا چاہیئے جب گیسی دفع سرایت ہوچکے تو پھر دیوار کے کاغذوں کو اتار کر جلا ڈالنا چاہیئے اور فرش اور لکڑی کے کام کو صابن اور پانی سے خوب رگڑنا چاہیئے۔

سرایتی امراض کی اطلاع دہی (Notification of Infectious Diseases)

سرایتی امراض (اطلاع دہی) کے قانون ۱۸۸۹ء میں جن امراض کو اطلاع دہی کے لیئے گنایا گیا ہے وہ یہ ہیں:۔ چیچک، ہیضہ، خناق وبائی، غشائی کروپ، سرخبادہ، قرمزیہ یا تپ قرمزی، ٹائیفس، تپ محرقہ، تپ معویہ، تپ ناکسہ، مسلسل اور نفاسی تپیں۔ مقامی حکومتی مجلس اور وزارت صحت کے قواعد کے تحت بالعموم جن امراض کو واجب الاطلاع قرار دیا گیا ہے وہ یہ ہیں:۔ طاعون، دماغی نخاعی تپ، حاد التہاب رماد النخاع، حاد التہاب دماغ سباتی (encephalitis lethargica)، حاد التہاب رماد الدماغ (acute polioencephalitis)، تدرن، رمد نوزائیدہ، زحیر، ملیریا (باستثناء اس ملیریا کے جو کہ علاجی اغراض کے لیے پیدا کیا جائے۔ البتہ اگر شفاخانہ سے خارج ہونے کے بعد مریض میں اس کا نکس ہو تو پھر اطلاع دہی ضروری ہے)، حاد اولی ذات الریہ، حاد انفلوئنزائی ذات الریہ اور نفاسی تپ۔ مندرجہ ذیل امراض خاص خاص اضلاع میں واجب الاطلاع ہیں۔ یہ اطلاع دہی (ا) ان احکام کے تحت آتی ہے کہ جن کو مقامی حکام دیتے ہیں اور جن سے سرایتی مرض (اطلاع دہی) کے قانون، ۱۸۸۹ء کو مرض پر پھیلایا جاتا ہے۔ (ب) یا مقامی قوانین کے تحت آتی ہے۔ (ج) یا خصوصی قواعد کے تحت آتی ہے کہ جن کو وزیر بناتا ہے۔ جمرہ، سراجہ اور آب ترسی، موتیا سیتلا، کالی کھانسی، شیر خوار بچوں کا وبائی یا گرما کا اسہال یا اختماری التہاب معاء (zymotic enteritis)، کھسرا اور خسرا، نومولودی داء الفقاع (pemphigus neonatorum) اور سولہ سال سے کم عمر کے

بچوں میں حاد رثیت۔

مناعت (Immunity) ۔ جو اشخاص کسی خاص مرض سے اثر ناپذیر ہوں ان کے متعلق کہا جاتا ہے کہ وہ منیع (immune) ہیں۔

اکتسابی مناعت (acquired immunity) یہ ہے کہ پہلے سے اثر پذیر افراد میں ایک یا دوسرے طریقہ سے مناعت پیدا کردیجائے۔ کسی سرایتی مرض کے لئے مناعت کا سب سے زیادہ عام سبب یہ واقعہ ہے کہ فرد کو پہلے وہ مرض ہو چکا ہو۔ تپ قرمزی، چیچک، کموتیا سیتلا، کھسرا اور اسی قسم کی دوسری بیماریاں ایک ہی مریض میں دوسری مرتبہ نہیں ہونے پاتیں۔ یہ ایسا قاعدہ ہے کہ جس کی نسبتہً بہت کم مستثنیات پائی جاتی ہیں۔

اس اتفاقی طور پر حاصل کی ہوئی مناعت کے مقابلہ میں مصنوعی مناعت (artificial immunity) ہے۔ یہ وہ مناعت ہے کہ جس کو فرد میں کوئی مادہ تطعیم کرکے ارادی طور پر یا قصداً حاصل کیا جاتا ہے۔ یہ مادہ اس قشب یا خرد عضویہ سے تعلق رکھتا ہے کہ جس سے مرض پیدا ہوا ہے۔ مصنوعی مناعت یا تو فاعلی (active) ہوتی ہے یا انفعالی (passive)۔

فاعلی مناعت (active immunity) میں تطعیم کے ذریعہ خود جسمی خلیات اور سیالات ہی میں ہیجان ہوکر ایسی اشیا پیدا ہو جاتی ہیں جو اشرابی عامل یا اس کے سموم کی تعدیل کردیتی ہیں۔ مادہ جس کا اشراب کیا جاتا ہے نہ ندا ہ کاشت میں خرد عضویات ہوتے ہیں جن کی قشبیت کمزور ہوگئی ہو یا جو تخفیف یافتہ کردئے گئے ہوں۔ یا وہ یہی خرد عضویات اپنی پوری قشبیت کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن نہایت تھوڑی تعداد میں ہوتے ہیں۔ یا وہ مردہ عضویات ہوتے ہیں۔ یا وہ عضویات کے بغیر، مرض کے جراثیمی حاصلات یا سموم ہوتے ہیں۔

انفعالی مناعت (Passive immunity) میں یہ ہوتا ہے کہ تعدیل کرنے والی اور اسی لئے حفاظت کرنے والی شئے جسمی خلیات یا سیالات سے حاصل نہیں ہوتی، بلکہ باہر سے بہم پہنچائی جاتی ہے۔

مثلاً خناق وبائی میں، ایک اثر پذیر جانور، جیسے ایک گھوڑے میں متواتر اشرابات
کرکے اس کو رفتہ رفتہ منیع کردیا جاتا ہے۔ یہ اشرابات، خناق وبائی کے
کاشتی سیال کی بڑھتی ہوئی مقداروں کے ہوتے ہیں، جن میں خود عضویہ
نہیں ہوتا بلکہ سموم ہوتے ہیں۔ جب یہ جانور آخرکار بالکل اثر ناپذیر
ہوجاتا ہے، تو اس کے دموی مصل میں یہ قوت پائی جاتی ہے کہ جب
خناق وبائی کاشتوں کو جانوروں میں تطعیم کیا گیا ہو تو یہ ان کے اثر کی
تعدیل کردیتا ہے۔ لہٰذا اس مصل میں کوئی ایسی شے پائی جاتی ہے۔
(ضد سم : antitoxin) جو خناق وبائی کے سم کا مقابلہ کرتی ہے۔ اس
مصل کو جانوروں پر تجربہ کرکے تعییر یافتہ کیا جاتا ہے۔ آرلچ (Ehrlich) 14
نے ایک اکائی اختیار کی ہے۔ یہ ایک ایسی مقدار ہے کہ جس کو جب
سم کی ۱۰۰ گنا مقدار میں ملایا جائے تو وہ ۲۵۰ گرام وزن کے ایک
گنی پگ کو چار دن کے اندر مرجانے سے بچاتی ہے۔

اس کے خلاف اگر جانور کو بعض جراثیم کے اشرابات کے ذریعہ
منیع کیا گیا ہو تو وہ ضد جراثیمی (antibacterial) یا ضد خرد عضویتی
(antimicrobic) ہوجاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں اشراب کا اثر یہ ہوتا ہے
کہ گھوڑے کے مصل میں اجسام دافعہ (anti-substances) پیدا ہوجاتے
ہیں، جو اس جانور (یا انسان) میں جس کو محفوظ کرنا ہے عمل کرتے ہیں۔
لہٰذا ان مادوں کو کہ جن کو مصل میں ردوبدل پیدا کرنے کے لئے مشرب کیا جاتا
ہے ضد جسم آفریں (antigens) کہتے ہیں۔ ضدسمی مصلوں (antitoxic
sera) کو بطور شافی دواؤں (cures) کے استعمال کیا گیا ہے۔ دوسرے
الفاظ میں منیع جانوروں کے مصل کو بعض عضویات کے سموم کی تعدیل
کرنے کی غرض سے مشرب کیا گیا ہے جبکہ یہ سموم جسم میں پہلے ہی موجود
تھے، اور علامات پیدا کررہے تھے (مصلی علاج)، مثلاً خناق وبائی، کزاز اور
ذات الریہ میں۔ زہریلے سانپوں کے خلاف ضد سمی انٹی وینینز (antivenenes)،
زہر کے ذریعہ گھوڑوں کو منیع کرکے تیار کیے جاتے ہیں۔ جب انکو دروں وریدی

طور پر دیا جائے تو یہ اکثر اوقات جان بچانے کا ذریعہ ثابت ہوتے ہیں۔ اسی طرح افعوانی اینٹی وینینز (viperine antivenenes)، گزیدگی کے پڑوس میں مقامی طور پر مشرب کئے جاتے ہیں۔

جراثیمی حملہ سے حفاظت کا ایک اہم عامل وہ عمل ہے کہ جس کو اکّال خلویت (phagocytosis) کہتے ہیں، یعنی جسم کے سپید خلیات اور دوسرے خلیات کے ذریعہ جراثیم کا تباہ ہونا۔ خاص آکل خلیات (phagocytes) یہ ہیں، یک نواتی خلیات اور کثیرالاشکال نواتی سفید خلیات درحلمی خلیات اور بعض بافتی خلیات۔ یہ سب عصیات کی طرف کھنچ جاتے ہیں، اور اس کشش کو کیمیائی کشش (chemiotaxis) کہتے ہیں۔ کثیرالاشکال نواتی سفید خلیات کو اور ایوسین پسند خلیات کو آکلات صغیر (microphages) کے طور پر شمار کیا جاتا ہے۔ یک نواتی خلیات، درحلمی خلیات، اتصالی بافتی خلیات اور دوسرے بڑے خلیات کو آکلات کبیر (macrophages) کے طور پر جماعت بند کیا جاتا ہے۔ اول الذکر حاد مرض کے جراثیم سے نپٹنے کے لئے زیادہ طاقتور ہیں اور آخرالذکر مزمن سرایتوں کے جراثیم سے نپٹنے کے لئے

ضد اجسام (antibodies)۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ اگر سموم جسم میں داخل کئے جائیں، تو خواہ وہ جراثیم کے اندر ہوں (دروں سموم: endotoxins) اور خواہ وہ جراثیم سے پیدا ہوں (بروں سموم: exotoxins)، وہ ضد سموم کی تکوین کا موجب ہوتے ہیں۔ یہ اسی طرح کے دافعات کے ایک بہت بڑے گروہ میں سے صرف ایک مثال ہے۔ بات یہ ہے کہ نہ صرف جراثیم اور سموم کے اشراب سے، بلکہ خلیات، دموی جسیمات، خمیرات اور دوسرے اجسام کے اشراب سے بھی ضد اجسام یا اجسام دافعہ پیدا ہو جاتے ہیں، یعنی ایسی اشیا کہ جو جراثیم، خلیات اور دوسرے مادوں کا کہ جن کو مشرب کیا گیا ہو مقابلہ کرتی ہیں یا ان کو تباہ کرتی ہیں۔ یہ ضد اجسام جو کہ سرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں، طحال، لمفی غدوں، مغز استخواں میں بنتے ہیں، اور ان کو سفید خلیات، درحلمی خلیات یا دونوں قسم کے خلیات پیدا

کرتے ہیں۔

الزاقینیں (agglutinins) ضد اشیا کا ایک دوسرا گروہ بناتی ہیں۔ ان کا نمو بھی جراثیمی سرایت کی وجہ سے ہیجان میں آتا ہے، بلکہ دوسرے جانور کے سرخ جسیموں کے اشراب سے بھی ہیجان میں آتا ہے (دموی الزاقینیں: hæmoagglutinins)۔ اگر بعض امراض (تپ معویہ، تپ بحر روم، زحیر، ہیضہ) میں مریض کا یا نقیہ کا دموی مصل، اسی مرض کے عضویہ کی کاشتوں میں ملایا جائے تو تھوڑے سے عرصہ میں خردبین کے نیچے یہ دیکھا جاتا ہے کہ عصیات کی تمام فاعلانہ حرکت جاتی رہتی ہے، اور وہ ایک جگہ گنجان طور پر اکٹھے ہوجاتے ہیں (الزاق :agglutination یا جھنڈ بنانا :clumping)۔ یہی اثر خالی آنکھ کو اسوقت نظر آتا ہے جبکہ مصل اور کاشتی سیال کو ایک امتحانی نلی کے اندر ملایا جائے۔ تھوڑی سی دیر کے بعد عصیات مرتسب ہوجاتے ہیں، اور سیال کا بالائی حصہ شفاف رہ جاتا ہے تثفل یا تہ نشینی :sedimentation)۔ یہ واقعات اس تشخیصی طریقہ کی کہ جس کو وڈال (Widal) کا کاشفہ کہتے ہیں بنیاد ہیں (ملاحظہ ہو تپ معویہ)۔ الزاقینوں کا فعل قطعی طور پر نوعی نہیں ہوتا۔ چنانچہ محرقی الزاقین (typhoid agglutinin) نہ صرف عصیہ محرقہ کے جھنڈ بنا دیتی ہے، بلکہ محرقہ نما عصیات اور عصیات قولونی کے بھی۔ نتائج، اس امر کے لحاظ سے کہ کتنی مدت خرچ کی جاتی ہے، اور مصل کو کس حد تک ہلکایا جاتا ہے، اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ الزاقینیں مصنوعی طور پر بھی حاصل کی جاسکتی ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جب کسی جانور میں کسی دئے ہوئے عصیہ کی قریب الاہلاک (sublethal) معتادیں تطعیم کی جائیں تو اس کا خون اس عصیہ کے بارے میں کہ جس کو مشرب کیا جائے، الزاقی خواص حاصل کرلیتا ہے (بارڈیٹ ڈرہم کا تعامل :Bordet-Durham reaction)۔

رسوبینیں (precipitins) اسی طرح کی اشیا ہیں۔ یہ ان جانوروں کے مصل میں، کہ جن میں جراثیمی کاشتی سیالات، البیوموس،

دودھ وغیرہ کی تطعیم کی گئی ہو، نمویاب ہوجاتی ہیں۔ ان پر مشتمل مصل، متناظر کاشتی سیال کو یا متناظر نامیاتی مادہ کے محلول کو کہ جو تطعیم کے لئے استعمال کیا گیا ہو مرتسب کردیتا ہے۔

جراثیم، دموی جسیموں، سفید خلیات، کلوی خلیات اور دوسرے حیوانی خلیات کے بارے میں ضد اجسام کے افعال کو جرثومہ پاشیدگی (bacteriolysis)، خون پاشیدگی (hæmolysis) اور خلیہ پاشیدگی (cytolysis) کہتے ہیں۔ وہ بیشتر نوعی ہوتے ہیں۔ چنانچہ اگر بعض جراثیم کو کسی جانور میں تطعیم کردیا جائے تو بعد ازاں اس کا مصل صرف اسی قسم کے جراثیم پر تباہ کن اثر رکھتا ہے۔ اگر خرگوش کے دموی جسیموں کو 15
ایک گنی پگ میں مشرب کیا جائے تو بعد ازاں گنی پگ کا مصل، جسم کے باہر خرگوش کے خون کو حل یا لاکی (laked) کردیگا۔ اگر کبدی خلیات تطعیم کئے جائیں، تو مصل، کبدی خلیات کو حل کرسکے گا، وقس علیٰ ہذا۔ خلیہ پاشیدگی اور خون پاشیدگی کی یہ مختلف قسمیں نہ صرف اس ضد جسم پر موقوف ہوتی ہیں کہ جو اس عمل میں پیدا ہوجاتا ہے (جس کو منیع جسم immune body: بھی کہتے ہیں) بلکہ ان میں ایک انزیم کی مدد کی ضرورت بھی ہوتی ہے۔ یہ انزیم مصل میں طبعی حالات میں موجود ہوتا ہے، اور اس کو مُتمم (complement) کہتے ہیں۔ اس کی موجودگی اس طرح ظاہر ہوتی ہے۔ اگر گنی پگ کے خون پاش مصل کو ۵۵° تا ۶۰° سنٹی گریڈ کی تپش میں رکھا جائے کہ جس سے متمم تباہ ہوجاتا ہے، تو مصل کی خون حل کرنے کی قوت کی تعدیل ہوجاتی ہے۔ لیکن اگر اب اس میں تندرست گنی پگ کا مصل ملایا جائے تو یہ قوت دوبارہ پیدا ہوجاتی ہے۔ متمم غالباً سفید خلیہ کا کوئی حاصل ہے۔ یہ اور میشنیکاف (Metchnikoff) کا سائیٹس (cytase) اور بوکنر (Buchner) کا الیکسن (alexine) ایک ہی چیز ہیں۔

خون پاشیدگی اور متمم کے فعل سے جن واقعات کا تعلق ہے ان سے بعض اہم تشخیصی طریقوں میں فائدہ اٹھایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو

آتشک) ۔

خون کی محافظ قوت میں ایک دوسرا عنصر آپسونینوں (opsonins) کی موجودگی ہے ۔ یہ ایسے اجسام ہیں کہ جو جراثیم پہ فعل کرتے ہیں کہ جس سے وہ سفید خلیات کے ذریعہ آسانی سے ہضم ہو جاتے ہیں (آپسونو : opsono کے معنی ہیں " میں غذا کا انتظام کرتا ہوں یا غذا تیار کرتا ہوں) ۔ مصل کی آپسونی قوت، ان عصیات کی تعداد سے ناپی جاتی ہے کہ جن کو اکال خلیے اپنے اندر شامل کر سکتے ہیں (رائٹ : Wright اور ڈگلس : Douglas)-

استہداف (Anaphylaxis) ۔ مناعت اور سموم کے عمل سے ایک اور چیز قریبی تعلق رکھنے والی ہے ۔ یہ وہ منظاہر ہیں کہ جو استہداف یا بیش حساسیت کے نام سے مشہور ہیں ۔ اس چیز کو ریشے (Richet) نے ۱۹۰۲ء میں دریافت کیا تھا ۔ اس نے بحری شقایق (sea-anemone) کے سمی پروٹین کی ایک ذرا سی مقدار ایک کتے میں مشرب کر دی تھی، جس سے تیزی سے زائل ہونے والی علامات پیدا ہو گئی تھیں ۔ چند ہفتوں کے بعد اس نے ایک دوسری معتاد کا اشراب کیا ۔ اس کو امید تو یہ تھی کہ کسی نہ کسی درجہ کی مناعت قائم ہو گئی ہے لیکن اس کے بجائے ہوا یہ کہ شدید تسمم پیدا ہو گیا اور کتا مر گیا ۔ استہداف کا لفظ ' مناعت یا تحفظ ' ("phylaxis") کی ضد ہے ۔ اس کی توجیہ یہ ہے کہ جب کوئی غریب پروٹین (ضد آفرین) کسی جانور میں مشرب کی جاتی ہے تو اس سے ضد اجسام پیدا ہو جاتے ہیں، جو رسوبینوں (precipitins) کی نوعیت کے ہوتے ہیں ۔ جب تک یہ خون میں رہتے ہیں ۔ یہ ضد جسم آفریں کی مزید معتادوں کو مترسب کر کے مناعت پیدا کرتے ہیں ۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد وہ خون سے بیشتر غائب ہو جاتے ہیں اور بافتوں میں گھس جاتے ہیں ۔ اس مرحلہ پر خون میں اتنا ضد جسم نہیں ہوتا کہ جو ضد جسم آفریں کو کہ جس کو مشرب کیا جائے مترسب کر سکے ۔ لہٰذا آخر الذکر بافتوں میں داخل ہو جاتا ہے ۔ لیکن یہاں دونوں چیزوں کے ملنے سے ایک تند ردِّ عمل واقع ہوتا ہے، یعنی ایک استہدافی صدمہ (1)-

اس کا ثبوت یہ ہے کہ اگر کسی جانور کو گھوڑے کے مصل کے لئے استہداف یافتہ بنایا جائے، اُس کے رحم کو الگ کرلیا جائے، اِس کو باحتیاط دھو کر خون سے پاک کرلیا جائے اور اس پر گھوڑے کے مصل کا عمل کیا جائے تو ایک اعظم انقباض حاصل ہوتا ہے۔ لیکن اگر گھوڑے کے مصل کے بجائے دوسرے مصلات استعمال کئے جائیں تو رحم بالکل نہیں سُکڑتا۔ لہٰذا یہ ردِّ عمل نوعی ہے۔ اوپر جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس سے یہ لازمی نتیجہ نکلتا ہے کہ ایک جانور، ضد جسم آفرین کے اشراب سے تھوڑا عرصہ بعد استہداف یافتہ نہیں ہوتا۔ تاہم جوں ہی کہ اس کے خون میں ضد اجسام پیدا ہوجاتے ہیں یہ خون امکانی طور پر استہداف یافتہ ہوجاتا ہے۔ اگر یہی خون کسی دوسرے جانور میں مشرب کیا جائے، تو وہ ۱۵ تا ۱۸ گھنٹہ کے بعد جبکہ ضد جسم بافتی خلیات میں پہنچتا ہے، انفعالی طور پر استہداف یافتہ یا انفعالی طور پر حساس ہوجاتا ہے۔ اس کے علاوہ یہ بھی ثابت کیا گیا ہے کہ ضد جسم کا خون سے غائب ہونا اور جانور کا انفعالی طور پر استہداف یافتہ ہونا بالکل ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ اسی طرح جب کسی جانور پر تھوڑے تھوڑے اور کثیر وقفوں سے ضد جسم آفرین کا عمل کرایا جاتا ہے تو خون میں ضد اجسام کا ہجوم واقع ہوتا ہے، اور اعلیٰ درجہ کی مناعت پیدا ہوجاتی ہے۔ ایسے جانور کو اگر ضد جسم آفرین کی ایک تازہ معتاد استعمال کرائی جائے تو وہ استہدافی صدمہ میں مبتلا نہیں ہوتا، کیونکہ ضد جسم آفرین کی تعدیل کرنے کے لئے خون میں کافی ضد اجسام موجود ہوتے ہیں۔ تاہم یہ ثابت کیا جاسکتا ہے کہ خود بافتوں میں بھی ضد اجسام موجود ہوتے ہیں۔ جب کسی حمۃ القش کے مریض کو گل زیرہ (pollen) کی چھوٹی چھوٹی لیکن بتدریج بڑھتی ہوئی خوراکوں کا عمل کرایا جائے، اور حمۃ القش کے موسم میں اس کو ایک بڑی خوراک ملنے کے باوجود کوئی حملہ واقع نہ ہو، تو اسوقت یہی طریقہ استعمال میں آتا ہے۔ جسوقت استہداف ایک مرتبہ قائم ہوجائے تو اسوقت اس کو ایک اور طریقہ سے بھی روکا جاسکتا ہے۔ وہ یہ ہے کہ

16

جانور کو ایک غیر مہلک استہدافی صدمہ پہنچایا جائے۔ اس سے بافتوں سے ضد اجسام خود بخود ختم ہوجاتے ہیں، چنانچہ قبل اس کے کہ ضد اجسام بافتوں میں دوبارہ ذخیرہ ہوں کچھ عرصہ کا ایک گریزی وقفہ گزرتا ہے۔ اس گریزی حالت کو ضد استہداف (anti-anaphylaxis) کہتے ہیں۔

استہدافی صدمہ کے ساتھ ہمیشہ کم و بیش، جانور کا ہبوط اور جسمی تپش کی کمی پائی جاتی ہے۔ لیکن خاص علامات، مختلف جانوروں میں مختلف ہوتی ہیں۔ چنانچہ گنی پگ (guinea-pig) میں تند تنفسی کوششیں دیکھی جاتی ہیں، اور شعیبتوں کے املس عضلات انتہائی انقباض کی حالت میں پائے جاتے ہیں۔ خرگوش میں تنفس بڑھ جاتے ہیں، اور موت دائیں طرف کے قلب کے فشل کے باعث ہوتی ہے۔ اس فشل کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ریوی شریانوں کے تضیق کے باعث ریوی دَور میں مزاحمت زیادہ ہوجاتی ہے۔ کتے میں جگر بے حد محتقن ہوجاتا ہے۔ یہ کہنا باعث دلچسپی ہوگا کہ ان تعاملات میں، اور ان جانوروں میں ہسٹامین (histamine) کے تسمم کے تعاملات میں بے حد مشابہت پائی جاتی ہے۔ اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ جو چیز استہدافی صدمہ کے لئے براہ راست ذمہ دار ہے وہ پروٹینی سالمہ کا یکایک ٹوٹ کر سمی امینو ایسڈز کو رہا کرنا ہے۔ ٹوٹنے کا یہ فعل، خلیات میں ضد اجسام آفرین اور ضد جسم کے تعامل سے واقع ہوتا ہے، حساسیتی امراض کے سریری گروہ کے سلسلہ میں استہداف کی اہمیت پر صفحہ 138 میں بحث کیگئی ہے۔

جب خناق وبائی یا دوسرے مرض کے علاج کے لئے مناعت یافتہ مصل استعمال کیا جاتا ہے تو مریض بعض اوقات (تقریباً ۱ فیصدی اصابتوں میں) سمی علامات میں مبتلا ہوجاتا ہے۔ یہ ۷ تا ۱۲ دن میں نمویاب ہوجاتی ہیں، اور اشراب کردہ مصل کا نتیجہ ہوتی ہیں نہ کہ اس کے اندر ضد اجسام کا۔ وہ یہ ہوتی ہیں، اشراب کے مقام پر شری ورم، اور متلازم غدوں کا ورم، ثوران (شری، پیچپانہ، حصبہ نما یا قرمزیہ نما) کا بقیہ جسم میں پھیل جانا۔ دوسرے حصوں میں غدی ورم۔ چہرہ، جسم یا مزمار کا اذیما۔ مفصلوں میں درد۔ خفیف

تپ ۔ گاہے گاہے البیومن بولیت، یرقان، اسہال یا التہاب شعبتی۔ حضانت کے درجہ میں کثرت خلیات ابیض ہونے کے بعد، کثیرالاشکال نواتی خلیات کی قلت خلیات ابیض واقع ہوتی ہے۔ اس چیز کو "مصلی مرض" ("serum disease") کہتے ہیں۔ علامات ایک یا دو دن میں غائب ہوجاتی ہیں۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ مصلی مرض، ایک حقیقی استہدافی مرض ہے۔ اس کے معنی یہ ہیں کہ ضد جسم آفرین اتنی مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ وہ نہ صرف ضد اجسام پیدا کردیتا ہے جو کہ خلیات میں گھس جاتے ہیں، بلکہ خود بھی خلیات میں داخل ہوجاتا ہے۔ اس سے استہدافی صدمہ پیدا ہوتا ہے۔

مصلی مرض کی علامات سے ملتی جلتی علامات، مصل کے ایک دوسرے اشراب کے بعد واقع ہونے کا اور بھی زیادہ امکان رکھتی ہیں۔ ایسی صورت میں وہ یقیناً استہدافی ہی ہوتی ہیں۔ استہداف کے نمویاب ہونے کے لئے ۶ تا ۱۲ دن درکار ہوتے ہیں۔ لہٰذا چھ دن کی مدت سے پہلے دوسرا اشراب دینے کا کچھ نتیجہ برآمد نہیں ہوتا۔ اگر دونوں اشرابات کا درمیانی وقفہ ۱۲ دن سے لیکر ۶ تا ۸ ہفتہ ہو (بعض اوقات چھ مہینے) تو ایسی صورت میں دو قسم کے تعاملات واقع ہوتے ہیں۔ (۱) فوری تعامل (immediate reaction):- اس میں علامات دوسرے اشراب سے تھوڑی دیر کے بعد یا ۲۴ گھنٹے کے اندر واقع ہوتی ہیں۔ وہ جلد ہی رفع ہوجاتی ہیں، عمومی علامات ۲۴ گھنٹہ میں اور مقامی علامات ۲ یا ۳ دن میں۔ یہ علامات یہ ہوتی ہیں، اشراب کے مقام پر اذیما، تپ، غدود کا ورم ثری، چہرہ کا اذیما اور قلت خلیات ابیض کبھی کبھی اشراب سے آدھ گھنٹہ کے اندر شدید علامات رونما ہوجاتی ہیں (نام نہاد استہدافی صدمہ)۔ مریض سانس میں دقت کی شکایت کرتا ہے، سینہ پھیل جاتا ہے اور استوار ہوجاتا ہے، چہرہ ممتلی ہوجاتا ہے اور مخاطی غشائیں زراق زدہ ہوجاتی ہیں۔ پندرہ سے لیکر تیس دقیقہ میں افاقہ ہوجاتا ہے۔ حملہ کے دوران میں مریض مرگئے ہیں۔ (۲) تیز تر تعامل

(accelerated reaction)۔ یہ دوسرے اشراب کے بعد ۴ تا ۸ دن میں واقع
ہوتا ہے۔اس کو تیزتر اس لئے کہتے ہیں کہ یہ ان علامات سے جوکہ ایک
واحد اشراب کے بعد پیدا ہوتی ہیں جلدتر واقع ہوتا ہے۔ اسکی علامات
ان علامات سے جوکہ ایک واحد بڑی خوراک کے بعد واقع ہوتی ہیں(مصلی
مرض) ملتی جلتی ہیں۔تاہم وہ عام طور پر زیادہ حاد ہوتی ہیں، اور ۱۲ تا ۱۸
گھنٹہ میں زایل ہوجاتی ہیں۔

استہدافی صدمہ کے وقوع کا خطرہ، مصل کے استعمال میں،

اسوقت جبکہ علاجی وجوہات کی بنا پر اس کا داعیہ ہو، حارج نہ ہونا چاہئے۔
یہ بتانا ممکن نہیں ہے کہ آیا ایک مریض، مصل کی سابقہ معتاد سے حساس
ہوگیا ہے۔ لیکن اگر یہ خیال کیا جائے کہ وہ حساس ہوگیا ہے تو اس صورت
میں جبکہ دوسرا اشراب دینا ہو، اس کو حساسیت ربودہ کرنا ضروری ہے۔
بہترین تدبیر یہ ہے کہ خاص اشراب دینے سے ۵ یا ۶ گھنٹہ پہلے مصل کا
آدھا یا ایک مکعب سنٹی میٹر مشرب کردیا جائے۔ اگر زیادہ سرعت کی ضرورت
ہو، تو اس ابتدائی اشراب کے بعد ۵ یا ۱۰ دقیقہ میں ایک ذرا زیادہ بڑا 17
اشراب دے دینا چاہیئے۔ اسی طرح پر حمائل وقفوں سے بڑھتی ہوئی
خوراکوں کا اشراب کرنا چاہیئے یہانتک کہ سارے کا سارا مصل دیا جاچکے۔
استہدافی صدمہ کا علاج یہ ہے کہ نخامی خلاصہ، اٹروپین یا ایڈرینین کے
دروں وریدی یا دروں عضلی اشرابات دئے جائیں نیز خالص آکسیجن ایک نقاب
یا قیف کے ذریعہ جس کو حتی الوسع مریض کے چہرہ کے پاس رکھا جاتا ہے
ایک تیز دھارا کی صورت میں استعمال کرائی جاتی ہے۔ کلورل ہائیڈریٹ
بھی دے سکتے ہیں۔

پراس نٹز۔کسٹنر کا تعامل (Prausnitz-Küstner reaction)

ایک مقامی انفعالی حساسیت آفرینی پر منحصر ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر،
اگر ایک بیضہ حساس شخص کا مصل، ایک طبعی شخص میں دروں ادمی
طور پر مشرب کیا جائے، تو پھر اسوقت جبکہ طبعی شخص انڈا کھاتا ہے،

اشراب کے مقام پر ایک دَدوڑا نمودار ہوجاتا ہے ۔ یا اگر اس مقام پر انڈے کا ایک مرقق محلول مشرب کیا جائے تو بھی دَدوڑا نمودار ہوتا ہے ۔

ارتفاع تپش

PYREXIA

بخار اور ارتفاع تپش کی اصطلاحات ہمیشہ ایک ہی معنوں میں استعمال نہیں کی جاتیں ۔ ارتفاع تپش کا لفظ بعض اوقات صرف اس واقعہ تک کہ جسمی تپش بڑھی ہوتی ہے محدود ہوتا ہے ۔ بخار سے مراد تپش کی زیادتی اور اس کے ساتھ وہ تمام دوسرے جسمانی اختلالات ہیں کہ جو بالعموم اس کے ہمراہ پائے جاتے ہیں ۔

تپش کی تسجیل (Registeration of Temperature) ۔ جسم کی تپش معمولی سریری اغراض کے لئے، سریری سیمابی تپش پیما کے ذریعہ دیکھی جاتی ہے ۔ یہ ایک "اعظم تپش پیما" ہے ۔ آلہ کے جوفہ کو بغل، کنج ران، منہ یا مستقیم میں رکھا جاسکتا ہے ۔

پہلے دو مقامات میں یہ دیکھنے کی ضرورت ہوتی ہے کہ جلد جوفہ سے پوری پوری متماس ہے ۔ جوفہ وہاں اتنی دیر رہنا چاہیئے کہ جلد کی سطح، جسم کی عام تپش پر آجائے ۔ اس میں تپش پیما کی حساسیت کے لحاظ سے ایک سے لیکر ۳ تا ۵ دقیقہ لگتے ہیں ۔ منہ میں جوفہ کو زبان کے نیچے رکھنا چاہیئے، اور اس کے تنہ کو ہونٹوں کے ذریعہ پکڑے رکھنا چاہیئے ۔ جب مستقیمی تپش دیکھی جاتی ہے، تو جوفہ کو $1\frac{1}{2}$ انچ تک داخل کیا جاتا ہے ۔ اس نتیجہ پر بھروسہ کیا جاسکتا ہے ۔ لیکن ظاہر ہے کہ یہ ایک ایسا طریقہ ہے جو ہمیشہ سہولت دہ نہیں ہوتا ۔

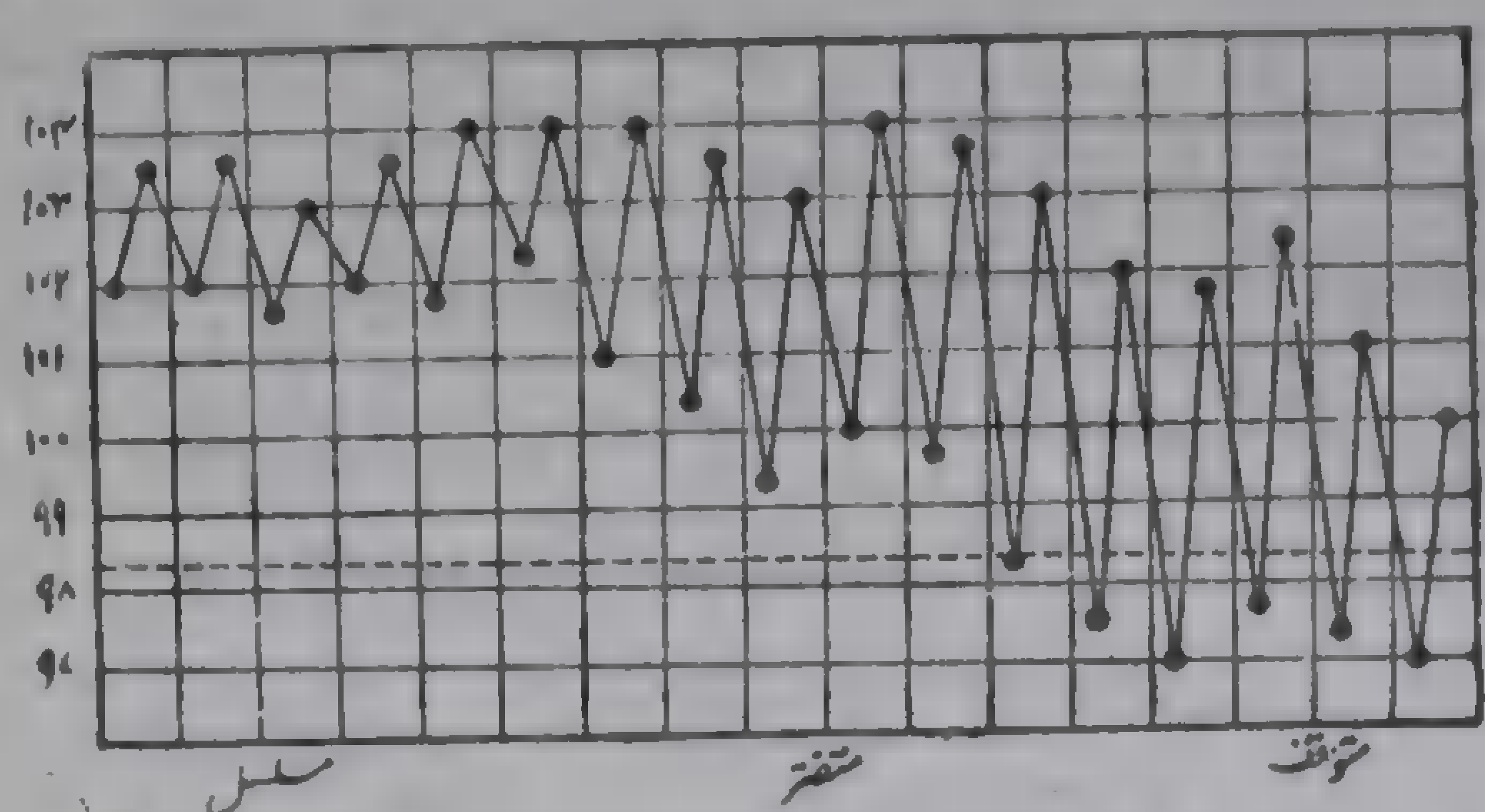
تپش کی جولانی (Range of Temperature) ۔ صحت کی حالت میں جبکہ موضوع بستر پر آرام کر رہا ہو، منہ کی تپش، صبح سویرے

تقریباً ۹۷ ف سے لیکر سہ پہر کے درمیان میں ۹۸٫۴ ف تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مستقیمی تپش ان ہی حالات کے تحت تقریباً ۹۸ اور ۹۹٫۵ ف کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ عضلی ورزش سے یہ ہوتا ہے کہ مستقیمی تپش ۲ ف کی حد تک گھٹ جاتی ہے، لیکن منہ کی تپش وہی رہتی ہے یا حقیقت میں گھٹ جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ پسینہ آنے اور بڑھے ہوئے تنفس سے منہ کے ٹھنڈا ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ اس کے برعکس مستقیمی تپش، جسم کی اندرونی تپش سے زیادہ قریبی طور پر ملتی جلتی ہے۔ پیشاب کی تپش، اسوقت جبکہ یہ منفذ سے نکلتا ہے، ہمیشہ مستقیمی تپش سے کسیقدر زیادہ بلند ہوتی ہے۔ بغل کی تپش تقریباً اتنی ہی ہوتی ہے کہ جتنی منہ کی۔ یہ جلد اور جسمی تپش کے کسیقدر بیچوں بیچ ہوتی ہے۔

حموی امراض میں تپش ۹۳٫۳، (۳۵٫۵ س) بلکہ اس سے بھی نیچے سے لیکر ۱۱۰ یا ۱۱۱ (۴۳٫۸ س) تک جولانی رکھتی ہے۔ ۱۱۶ اور ۱۲۲ کی تپشیں تک درج کی گئی ہیں، لیکن اِن کی صحت کے بارے میں بہت شبہ پایا جاتا ہے۔ تپش بالعموم صبح کو پست تر اور شام کو بلند تر ہوتی ہے۔ پست ترین نقطہ بالعموم تقریباً آدھی رات کو یا صبح دو بجے آتا ہے، اور بلند ترین نقطہ شام کو چار تا چھ بجے۔ تپش مسلسل، متفتر یا وقفہ دار ہوتی ہے جیسا کہ تصویر (۱) میں نظر آتا ہے۔ کبھی کبھی اس کا الٹ واقع ہوتا ہے، یعنی تپش صبح میں بلند ترین اور شام میں پست ترین ہوتی ہے (معکوس قسم :typus inversus)۔ تپش کے ساتھ نبض اور تنفس کا اتار چڑھاؤ واقع ہوتا ہے، اور اسی طریقہ سے مریض کی عمومی بےچینی بھی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

امراضیات (Pathology)۔ جسم کی تپش کا اپنے طبعی معیار پر قائم رہنا دو عاملوں پر منحصر ہوتا ہے، حرارت کی پیدائش یا پیدائشِ حرارت (Thermogenesis) پر اور حرارت کے نقصان یا حرارت پاشیدگی (Thermolysis) پر۔ بخار کی حالت میں حرارت کی پیدائش

بڑھ جاتی ہے - اس کا اظہار اس واقعہ سے ہوتا ہے کہ تنفسی تبادلہ (یعنی O_2 کی درآمد اور CO_2 کی برآمد) زیادہ ہوجاتا ہے - ایک ملیریائی لرزہ کے
دوران میں حرارت کی پیدائش ۲۰۰ فیصدی کے برابر بڑھ گئی ہے، اور حرارت کا 18
نقصان اتنا ہی رہا ہے - اس عرصہ میں شائد ایک گھنٹہ کے اندر، جسمی تپش بڑھ جاتی ہے - جب بلند تپش قائم ہوجاتی ہے تو حرارت کی پیدائش کم ہوکر طبعی سے تقریباً ۸۰ فیصدی اوپر رہ جاتی ہے، اور اب توازن پیدا کرنے کے لئے حرارت کا نقصان واقع ہوتا ہے - دوسرے بخاروں میں



تصویر ۱ - ارتفاع تپش کی قسمیں.

کہ جن میں لرزہ نہیں ہوتا، کیا حرارت کی پیدائش اور کیا حرارت کا نقصان دونوں بتدریج بڑھتے ہیں، گو کہ اول الذکر لازماً آخرالذکر سے زیادہ رہتی ہے - جب بلند تپش قائم ہوجاتی ہے تو پھر حرارت کی پیدائش، تپش کے درجہ پر منحصر ہوتی ہے - وہ تمام بخاروں کے لئے تقریباً ایک ہی ہوتی ہے، اور ہر درجہ کے لئے ۲ء۷ فیصدی کے برابر بڑھتی ہے - یہ بات بہت حیرت انگیز ہے کہ زیادتی کی مقدار تقریباً اتنی ہی ہوتی ہے کہ جتنی فی الزجاج کیمیائی تعاملات کی ہوتی ہے (4) - تپش کی تنظیم غالباً مرکزی نظام عصبی کا ایک وظیفہ ہے - یہ چیز ان انتہائی طور پر بلند یا پست تپشوں سے ظاہر ہوتی ہے کہ جو دماغ اور نخاع کے بعض امراض میں پائی جاتی ہیں - تاہم یہ تنظیم درتی فوق الکلوی آلہ کا بھی

ایک وظیفہ ہے۔ حرارت کی پیدائش جسم کے اعضا میں ہوتی ہے، خاص کر کالبد کے عضلات میں (ملاحظہ ہو درقیہ اور فوق الکلوی کیسوں کے امراض)۔ حرارت کا نقصان، ۸۰ فیصدی کی حد تک، اشعاع، حمل، ایصال اور تبخیر کے ذریعہ جلد سے، تقریباً ۱۰ فیصدی کی حد تک پھیپھڑوں کی راہ سے، اور تقریباً ۲ فیصدی کی حد تک بول اور براز کے ذریعہ ہوتا ہے۔ عصبی آلہ جو اس میں حصہ لیتا ہے، خاص طور پر عرق حرکی نظام ہے۔ اس سے جلد میں سے دوران خون متاثر ہوتا ہے۔ جب جلد گرم ہوجاتی ہے، تو عروق تسع ہوجاتی ہیں، اور گرم گرم خون جسم کی سطح پر آجاتا ہے۔ پسینہ آنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ اس تبخیر کی وجہ سے جو کہ واقع ہوتی ہے، حرارت کا نقصان بے حد بڑھ جاتا ہے۔ بلند تپ میں تنفس تیز ہوجاتا ہے۔ لہٰذا ریوی سطح سے حرارت کا نقصان متناسب طور پر بڑھ جاتا ہے۔ ارتفاع تپش کا ایک عام نتیجہ، جسمی بافتوں کا ضائع ہونا ہے، جس سے پیشاب میں نائٹروجن کا اخراج بڑھ جاتا ہے۔ بافتوں کے ضائع ہونے کی ایک جزوی وجہ جسمی خلیات پر سموم کا زہریلا اثر ہے۔ لیکن غیر نائٹروجنی غذاؤں، اور خاصکر کاربوہائڈریٹز کی کافی مقدار استعمال کرانے سے اس نائٹروجنی نقصان کو بیشتر روکا جاسکتا ہے۔ جب یہ چیزیں استعمال کرائی جاتی ہیں تو جسم ان کو کام میں لاسکتا ہے اور اس طرح اس کی اپنی پروٹینیں بچ جاتی ہیں۔ اگر ایک طبعی موضوع میں بلند جسمی تپش مصنوعی طور پر پیدا کی جائے، تو ایسی صورت میں جبکہ کافی غیر نائٹروجنی غذائی اشیا حاصل ہوسکیں، جسمی پروٹینوں کی ٹوٹ پھوٹ واقع نہیں ہوتی (5)۔

مرضی تشریح (Morbid Anatomy)۔ بلند تپ سے واقع ہونے والی تقریباً سب اموات میں بعض تشریحی تغیرات مشترک طور پر پائے جاتے ہیں، جو غالباً خاص طور پر جراثیمی سرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ سرخ جسیمے کم ہوتے ہیں۔ کثرت خلیات ابیض عام ہے۔ پلیورا اور گرد قلبہ کی مصلی غشاؤں کے نیچے چھوٹے چھوٹے نمشات یا نزفات پائے جاتے ہیں۔

ٹھوس اعضا (جگر' طحال اور گردے) بڑے اور نرم ہوتے ہیں۔ گردوں اور جگر میں خردبین کے نیچے' ان کے افرازی خلیات میں سحابی ورم اور اس کے ساتھ کسیقدر ذراتی تغیر یا شحمی انحطاط دکھائی دیتا ہے۔ تپ مفرط میں مرکزی نظام عصبی کے خلیات کی منتشر طور پر تلوین ہوتی ہے' اور نسل کے ذرات (Nissl's granules) ناپید ہوتے ہیں۔ سر گردوں کے قشرہ میں سے لپائڈز خارج ہوجاتے ہیں۔

19 ممکن ہے عضلات نرم اور بھربھرے ہوں۔ یا ممکن ہے ان میں وہ انحطاط پایا جائے جس کو سب سے پہلے زینکر (Zenker) نے بیان کیا تھا' اور جس کو اب ترویبی تنخر خیال کیا جاتا ہے۔ اس حالت میں عضلی ریشے ایک متجانس' بے رنگ' موم کی صورت کی شے میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔ ان سے استوانے بن جاتے ہیں جو ٹوٹ کر ریزہ ریزہ ہوجاتے ہیں' اور آخرکار ذراتی چورہ بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات اس حالت کے ہمراہ نزفات پائے جاتے ہیں۔ یہ تغیر' رانوں کے مُبَعِّدات' عضلات مستقیمہ بطنیہ' ڈایافرام' اور زبان کے عضلات میں سب سے زیادہ عام ہوتا ہے۔

علامات۔ ارتفاع تپش یا بخاریں' تپش کی بلندی کے علاوہ' بہت سے دوسرے اختلالات بھی موجود ہوتے ہیں۔ یہ جزوی طور پر' بلند تپش کا راست نتیجہ ہوتے ہیں۔ لیکن ان تمام اصابتوں میں کہ جن میں یہ مرض سے پیدا ہوتی ہے' جسم میں سموم گردش کیا کرتے ہیں۔ غالباً یہ بعض اختلالات کا سبب ہوتے ہیں۔

جلد۔ چھونے سے یہ گرم معلوم ہوتی ہے' بعض اوقات شدت سے گرم۔ بالعموم یہ خشک ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے یہ تر ہو' بالعموم اسوقت جبکہ تپش کم ہورہی ہو۔ بعض امراض میں کثرت سے پسینے آتے ہیں۔ یہ بعض اوقات محسوس طور پر اور بعض اوقات مشکل سے کچھ تپش کو کم کرتے ہیں۔ ایسے پسینوں سے عرق دانوں (sudamina) یا دخنیوں (miliaria) کا ثوران پیدا ہوجاتا ہے۔ جسم پر جلد کی رنگت بالعموم طبعی ہوتی ہے۔ البتہ جب ثورانات' جیسے دخنیات'

یا قرمزیہ، کھسرا، ٹائیفس اور دوسرے امراض کے نوعی طفحات ہوں تو پھر جلد کی رنگت طبعی نہیں رہتی۔ چہرہ اکثر تمتمایا ہوا ہوتا ہے، خاص طور پر بخار کے شروع میں۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ گال اور ہونٹ تمتمائے ہوئے ہوتے ہیں، اور چہرہ دوسری جگہ پھیکی رنگت کا ہوتا ہے۔ بعد ازاں جب دوران خون کا فشل ہونے لگتا ہے، تو چہرہ سخت ممتلی یا کبود ہوجاتا ہے۔ جوارح میں بھی یہی تغیر نظر آنے لگتا ہے۔ نمشات اور زیر جلدی نزفات جو نہایت خبیث قسم کے سرایتی فتوروں میں (چیچک، ٹائیفس، کھسرا، قرمزیہ میں) واقع ہوتے ہیں ان کا سبب بلاشبہ یہ ہوتا ہے کہ قشبی سموم، شعری دیواروں پر فعل کرتے ہیں۔

غذائی نظام (Alimentary System)۔ زبان پر مَیل (فر) جم جاتی ہے۔ یہ مَیل بالعموم پہلے پہل سفید ہوتی ہے، جبکہ زبان ابھی تر ہوتی ہے۔ بعد ازاں زبان خشک ہوجاتی ہے۔ مَیل کناروں اور نوک سے اترجاتی ہے، اور نیچے سے چمکدار سرخ سرخ زبان نظر آتی ہے۔ بعد ازاں زبان نہایت ہی خشک، کرخت، سخت، میلی بھوری رنگت کی، اور سطح پر پھٹی ہوئی نظر آتی ہے۔ وہ ریق، غذا کے سوکھے ہوئے باقیات اور بعض اوقات سرعلمہ ملے ہوئے خون سے پیڑا جاتی ہے۔ ان چیزوں کو چبانے کے اعضا کی انفعالی حالت میں گویا اکٹھی ہونے کا موقعہ ملتا ہے۔ نیز اس مرحلہ میں مسوڑھوں پر بھی اسی طرح کا ایک جماؤ جم جاتا ہے، جسے وسخ الاسنان (sordes) کہتے ہیں۔ بھوک کا جاتا رہنا یا عدم اشتہا، بخار کی سب سے پہلی امارتوں میں سے ہے۔ بعض اوقات متلی موجود ہوتی ہے۔ تمام صورتوں میں ہاضمہ کمزور ہوتا ہے۔ آنتوں میں بالعموم قبض پایا جاتا ہے۔ طحال اکثر اوقات خفیف طور پر بڑھی ہوئی اور الیم ہوتی ہے۔ لیکن بعض امراض میں وہ نہایت ہی بڑھی ہوئی اور الیم ہوتی ہے۔

دورانِ خون۔ قلب کا فعل تیز ہوجاتا ہے۔ پہلے اس میں

تحریک ہوتی ہے، اور پھر وہ زیادہ کمزور ہوجاتا ہے۔ نبض ۸۰ سے لیکر ۱۲۰ یا زیادہ تک جولانی رکھتی ہے۔ یہ پہلے ممتلی، مشرف اور محکم ہوتی ہے اور جلد ہی زیادہ لین اور نیز بتینی ہوجاتی ہے۔ مابعد مرحلوں میں جبکہ قلب زیادہ کمزور ہوجاتا ہے، نبض تیز، نہایت صغیر، نہایت ضغط پذیر، ذوال یا رفرفی ہوجاتی ہے۔

تنفس۔ یہ نبض اور تپش کی زیادتی کے تناسب سے تیز ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے یہ فی دقیقہ تیس یا چالیس تک پہنچ جائے۔ جب بیماری کچھ عرصہ تک جاری رہ چکتی ہے تو پھیپھڑوں کے قاعدے ممتلی ہوجاتے ہیں (رکودی امتلاء: hypostatic congestion)۔

گردے۔ جلد اور پھیپھڑوں کی راہ سے آبی بخار کے ضائع ہوجانے کے باعث، بخار میں پیشاب کم ہوجاتا ہے۔ اس کا راست نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ گہرے رنگ کا ہوجاتا ہے، اور ٹھنڈا ہونے پر اس سے ایک اینٹ جیسا سرخ ثفل تہ نشین ہوجاتا ہے۔ شدید حموی بیماریوں میں ممکن ہے البیومن کی تھوڑی سی مقدار بھی موجود ہو۔

عصبی نظاہر۔ ارتفاع تپش کے شروع میں درد سر عام ہے۔ نیز گرانی کا احساس، سستی، یا سوچنے یا کوئی ذہنی کوشش عمل میں لانے سے اجتناب پایا جاتا ہے۔ کچھ مدت کے بعد ایسا ہوجاتا ہے کہ مریض نہ صرف عقل پر زور ڈالنا نہیں چاہتا بلکہ وہ ایسا کر ہی نہیں سکتا۔ وہ اونگھنے لگتا ہے۔ جب اس کو نیند آجاتی ہے تو وہ بڑبڑانے لگتا ہے۔ بعدازاں وہ ہذیانی ہوجاتا ہے بغیر اس کے کہ اس کو نیند آئے۔ یہ ہذیان بربری (muttering) ہوسکتا ہے۔ کبھی کبھی یہ مانیائی ہوتا ہے۔ مریض بستر سے اٹھ کر نکل بھاگتا ہے وہ ممرضات یا خدمت گزاروں سے ہاتھا پائی کرتا ہے، یا کھڑکی سے باہر کود پڑتا ہے۔ آخری درجہ میں گہری بے ہوشی یا قوما پایا جاتا ہے۔ قوما کے ابتدائی تر درجوں میں مریض اکثر اوقات اپنی انگلیوں سے بستر کے کپڑے نوچتا ہے۔ یا وہ اپنے سامنے ہوا میں خیالی چیزوں کو پکڑنے لگتا ہے۔

20

عضلی نظام کا اختلال اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ عمومی جسمی کمزوری، زبان کا یا جوارح کا اسوقت جبکہ ان کو حرکت دیجائے رعشہ، اور عضلات کے جھٹکے (نفض الاوتار: subsultus tendinum) پائے جاتے ہیں۔ عاصرۃ المبرز کے ڈھیلے ہوجانے کے باعث برازات بے قابو ہوکر نکل جاتے ہیں (سلس البراز)۔ گھٹے ہوئے احشائی احساسات سے پیشاب کا احتباس اور مثانہ کا خطرناک تمدد پیدا ہوجاتا ہے۔

ارتفاع تپش کا ممر (Course of Pyrexia)۔ بخار کی بہت سی اصابتوں میں ایک نہایت ہی متعین ممر پہچانا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے شروع میں تپش کی زیادتی بالکل نظر انداز ہوجائے۔ لیکن اکثر اوقات ایک ٹھنڈک کا احساس ہوتا ہے۔ ممکن ہے یہ محض سردی لگنے کا ایک خفیف احساس ہو۔ یا مریض کانپنے لگتا ہے۔ آخر میں اس کو ایک متعین لرزہ (rigor) آتا ہے۔ یہ کپکپاہٹ کا ایک حملہ ہوتا ہے۔ مریض کا سارا جسم کپکپاتا ہے، اس کے دانت بجتے ہیں، اس کو انتہائی سردی لگتی ہے، اس کا چہرا پچکا ہوا ہوتا ہے، اور ناک، کان اور انگلیوں کی نوکیں کبود ہوتی ہیں۔ لیکن اگرچہ سطح ٹھنڈی ہوتی ہے، اندرونی حصے گرم ہوتے ہیں تپش پیما سے ظاہر ہوتا ہے کہ تپش شروع سے برابر زیادہ ہوتی رہی ہے۔ لرزہ چند دقیقہ سے لیکر آدھ گھنٹہ، یا ایک گھنٹہ یا زیادہ تک رہتا ہے۔ چھوٹے بچوں میں بالعموم لرزہ واقع نہیں ہوتا۔ اس کی جگہ بالعموم تشنج لے لیتا ہے۔ بخار کا دوسرا درجہ اس کا اوج (fastigium) ہے۔ اس میں جلد گرم ہوتی ہے اور وہ مختلف مظہرات جو کہ اوپر درج کئے گئے ہیں موجود ہوتے ہیں۔ تیسرا درجہ، نزول تپش (defervescence) یا سقوط تپش کا ہوتا ہے۔ یہ بحران (crisis) یا تحلل (lysis) کے ذریعہ واقع ہوتا ہے۔ بحران میں تپش بارہ سے چھتیس گھنٹہ کے اندر تیزی سے گر کر طبعی ہوجاتی ہے۔ اس کے ساتھ بعض اوقات کثرت سے پسینا آتا ہے یا بعض اوقات اسہال ہوجاتا ہے (بحرانی پسینا یا اسہال: critical sweat or diarrhœa)۔

تحلل میں تپش زیادہ آہستہ گرتی ہے۔ اس کے طبعی تک پہنچنے میں تین یا چار دن لگتے ہیں۔ ارتفاع تپش کے بعد چند دن تک، تپش غیر معمولی طور پر پست رہتی ہے (زیر طبعی : subnormal)، مثلاً صبح میں ۹۷° یا ۹۶°۔ اسوقت سے آگے نقہیت (convalescence) کا زمانہ شروع ہوتا ہے۔ لرزہ، اوج اور بحران تمثیلی طور پر ملیریا کی بعض قسموں میں واقع ہوتے ہیں۔ ایسی صورت میں وہ سب کے سب چھ سے بارہ گھنٹہ کی مدت کے اندر مکمل ہو جاتے ہیں۔

طویل ارتفاع تپش (Prolonged Pyrexia)۔ ہم یہ مانتے ہیں کہ ارتفاع تپش کی مدت زیادہ تر اس سرایت پر منحصر ہوتی ہے کہ جس کے ہمراہ وہ پایا جاتا ہے۔ لہذا ایسی مدت چند گھنٹہ سے لیکر کئی ماہ تک ہو سکتی ہے۔ تاہم یہاں بعض امراض کا ذکر کرنا مفید ہوگا۔ یہ وہ امراض ہیں کہ جن کے متعلق سب سے زیادہ عام طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ وہ کئی ہفتوں یا مہینوں تک جاری رہنے والے ارتفاع تپش کے اسباب ہیں۔ وہ یہ ہیں، محرقی اور محرقہ نما تپیں، تپ متموج، ملیریائی تپش، کالا آزار، ترفانیت (trypanosomiasis)، جگر کا امیبائی پھوڑا، تدرن، عفونت الدم، التہاب گردہ و حوض گردہ (pyelonephritis)، خبیث التہاب دروں قلبہ (malignant endocarditis)، متلف عدم دمویت، سفید دمویت (leukæmia)۔ ان سے کم عام حالتیں یہ ہیں، آتشک، جگر کی کہبت، ہاجکن کا مرض، اور خبیث بالیدیں۔

زیر طبعی تپشیں۔ غیر طبعی طور پر پست تپشوں کا موضوع ایسا ہے کہ اس کو ارتفاع تپش کی بحث سے بجا طور پر علاحدہ نہیں کیا جا سکتا۔ زیر طبعی تپشوں کے اسباب کی مندرجہ ذیل فہرست مفید پائی جائیگی۔ (۱) جسم سے حرارت کا براہ راست نکل جانا، جیسے بے ہوش یا شراب پیئے ہوئے اشخاص کے نہایت ہی سرد کرہ ہائے ہوائی میں کھلے رہنے، یا نہایت ہی ٹھنڈے پانی میں ڈوبے رہنے کی صورت میں۔ (۲) جسم سے پانی کی بڑی مقداروں کا ضائع ہو جانا، جیسے شدید اسہال، ہیضہ، التہاب امعاء

یا مفرط نزف میں - (۳) ضعفہ (cachexia) اور نواء (inanition) کی حالتیں، جیسے غذائی قنال کے مختلف حصوں کا سرطان، شدید ذیابیطس، مختلف عدم دمویت، حموی امراض سے نقیہیت، اور بہت سے مزمن ذہنی امراض - (۴) مرکزی نظام عصبی کے مختلف امراض، دماغی نزف اور سدادیت کا آغاز، دماغی سلعہ کی بعض اصابتیں، اور مجانین کا عمومی شلل - (۵) وہ صدمہ جو کہ معائی تخنیق، معاء کے انثقابات، اور جراحی کے عملیات کے بعد واقع ہوتا ہے - (۶) وسیع جلدی عوارض، جیسے ہمہ گیر ایکزیما اور بڑے بڑے حرقات - (۷) فاسفورس، اٹروپین، مارفین، کاربالک ایسڈ، اور الکحل کا تسمم - یوریا دمویت اور ذیابیطسی قوما -

ایسے امراض کا عمومی علاج کہ جن میں ارتفاع تپش

پایا جاتا ہے - یہ علاج، سبب کے لحاظ سے اور بخار کی مدت کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتا ہے - ذیل کی تدابیر خاص طور پر ایک لمبی اصابت پر اطلاق پذیر ہوتی ہیں - مریض کو بستر میں مکمل طور پر آرام کرنا چاہیئے - اسکو ایک ایسے کمرے میں رکھنا چاہیئے کہ جو خوب ہوادار ہو اور جس میں آرائش کا سامان بہت سادہ ہو - اس سے تمام پردے، آئینے، جاذب توجہ تصویریں اور دوسری چیزیں، جن سے ہذیان زدہ ہونے کی صورت میں اس کو تحریک پہنچنے کا امکان ہو نکال ڈالنے چاہئیں - برازدان اور پیشاب کی بوتل استعمال 2I
کرنی چاہیئے تاکہ مریض کو مشقت نہ کرنی پڑے - اس کو دن اور رات دیکھتے رہنا چاہیئے - بہتر یہ ہے کہ تربیت یافتہ ممرضات اس کی نگرانی کریں - اسکو روزانہ نیم گرم پانی سے اسفنج لگاکر احتیاط سے صاف رکھنا چاہیئے - نیز اسے ٹھنڈا رکھنا چاہیئے، اگر بخار بہت بلند ہو، تو کپڑوں کی مقدار بھی کم کردینی چاہیئے - اس طریقہ سے تپش میں ایک واضع کمی پیدا ہوجاتی ہے - اس بات کو یاد رکھنا خاص طور پر ضروری ہے، کیونکہ مریض کے دوستوں کا میلان یہ ہوتا ہے کہ وہ مریض کو "سردی لگنے" سے بچانے کے لئے اس پر خوب کپڑے لاد دیتے ہیں - تاہم جوارح پر احتیاط کے ساتھ

نگاہ رکھنی چاہیئے۔ اگر ضرورت ہو تو ان کو خاص طور پر ڈھانک دینا چاہیئے یا گرم رکھنا چاہیئے۔

آجکل، مریض کو جو غذا دیجاتی ہے اس کی مقدار کو محدود کرنے کا وہ میلان نہیں پایا جاتا جو کہ پہلے زمانہ میں پایا جاتا تھا۔ ارتفاع تپش کے ساتھ تحول کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ لہٰذا اگر ارتفاع تپش بہت عرصہ تک جاری رہے، تو بالغ کے لئے ۲۰۰۰ یا زیادہ حرارے دیے جاسکتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ غذا آسانی سے ہضم ہوسکنے والی ہو۔ یہ مریض کی مرضی کے مطابق ہونی چاہیئے۔ اسے کثیر وقفوں سے، دن میں چھ سے لیکر آٹھ مرتبہ، کسیقدر تھوڑی تھوڑی مقداروں میں دینا چاہیئے۔ دودھ غذا کا ایک اہم جزو ہوگا (دن میں دو یا تین پائنٹ)۔ اس میں لیکٹوس، شکر یا مالٹ کا خلاصہ ملایا جاسکتا ہے، جس سے اُس کی حراری قیمت بڑھ جاتی ہے۔ اگر دودھ موافق نہ آئے، یا یہ محسوس ہو کہ اس سے معدہ میں گرانی ہوجاتی ہے، یا دودھ نکل جائے تو ایسی صورت میں اس کو سٹریٹ زدہ کیا جاسکتا ہے (ایک اونس میں سوڈیم سٹریٹ کے ۲ گرین)، یا اس میں اس کے حجم کی نصف یا مساوی مقدار میں آشِ جو یا سوڈا واٹر ملایا جاسکتا ہے۔ یا پھر اسے سائل بنقراس (liquor pancreaticus) کے ساتھ تھوڑی دیر گرم کرکے پپٹون زدہ، یا پیش ہضم (predigested) کیا جاسکتا ہے۔ سیال کثرت سے دینا چاہیئے مثلاً پانی، لیمونیڈ، ہلکی چائے، آشِ جو اور توس کا پانی وغیرہ۔ ان میں سے اکثر میں شکر ملائی جاسکتی ہے۔ اراروٹ، مکئی کے آٹے (cornflour)، بلا مانز (blanc-mange)، کسٹرڈز (custards)، جنکٹز (junkets)، دودھ کی پڈنگ (milk puddings) کی، آلوؤں کے بھرتے (mashed potatoes) کی، اور دوسری سبزیوں کی، ڈبل روٹی اور مسکہ کی، دودھ کے چاکولیٹ (milk chocolate) کی، انڈوں کی خواہ وہ کچے ہوں یا ذرا سے تلے ہوئے ہوں اجازت دی جاسکتی ہے۔ اسی طرح مچھلی اور چوزہ کے قیمہ کی بھی اجازت دی جاسکتی ہے، بشرطیکہ مریض ان کو گوارا کرے۔ پھلوں کی خواہ وہ تازہ ہوں

یا دیر تک پکائے گئے ہوں، مثلاً سیبوں، انگوروں، آلوچوں کی اکثر اوقات بڑی قدر کی جاتی ہے۔ لیکن بیج، پوست، زائد ریشے سے پرہیز کرنا چاہیے۔ سنگتروں، رس بھریوں اور کشمشوں کی صورت میں ان سے پرہیز کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ پھل کا رس دیا جائے۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ عرق لحم البقر (beef tea)، گوشت کا شوربہ (mutton broth)، چوزے کا شوربہ (chicken broth) اور بچھڑے کے گوشت کی یخنی (veal broth) اشتہا کو ہیجان میں لانے میں بہترین طور پر فعل کرتے ہیں۔ لیکن غذاؤں کے طور پر ان کی عملی طور پر کچھ بھی قدر و قیمت نہیں ہے۔

منھ کی طرف بار بار توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ منھ میں افرازات اور وسخ الاسنان کے اکٹھا ہوجانے کے باعث التہاب نکفیہ (parotitis) اور دوسری پیچیدگیوں کے پیدا ہونے کا امکان ہے۔ منھ کو ہر مرتبہ غذا دینے کے بعد، یا افرازات کی مقدار کے لحاظ سے، زیادہ مرتبہ ایک دافع عفونت غسول، مثلاً پانی میں ست اجوائن کے محلول، یا ۲ فیصدی بورک ایسڈ سے دھوکر صاف کرڈالنا چاہیے۔

جب تسمم کی شدت ایک خاص نقطہ تک پہنچ جاتی ہے، اور مریض کے عضوی احساسات کند ہوجاتے ہیں تو پھر مثانہ پر احتیاط سے نگاہ رکھنی پڑتی ہے، تاکہ بول کا احتباس نہ ہونے پائے۔ عانہ سے اوپر قرع کرنے پر بُری اور اصمیت، ایک بھرے ہوئے مثانہ کی امارات ہیں۔ خدمتگاروں کا محض یہ کہہ دینا کہ مریض کو پیشاب آرہا ہے، اس بات کا ثبوت نہ مان لینا چاہیے کہ پیشاب محبوس نہیں ہورہا۔ پیشاب کی تھوڑی تھوڑی مقداروں کا غیرارادی طور پر بار بار نکلنا اس بات کا نتیجہ ہے کہ مثانہ ابتک متمدد ہوچکا ہے۔ بلکہ ممرضہ کے کہنے پر اس سے زیادہ بڑی مقداریں خارج کرنے کے بعد بھی یہ ممکن ہے کہ مثانہ میں ایک پائنٹ یا زیادہ باقی رہ جائے۔ یہ پیشاب، دستی امتحان سے دریافت ہوتا ہے۔ جبتک کہ اس قسم کی عدم استعداد باقی ہے قثاطیر کو اپنی جگہ پر رکھنا چاہیے۔

اس بات کی احتیاط کرنی چاہئے کہ قروح الفراش (bed-sores) نہ ہونے پائیں۔

ارتفاع تپش کی بعض اصابتوں میں تپش سے براہ راست نپٹنے کے لئے وہ طریقے استعمال کئے گئے ہیں کہ جنھیں دافع تپ (antipyretic) کہتے ہیں۔ مندرجۂ ذیل چیزیں صاف طور پر سمجھ لینی چاہئیں۔ اس قسم کے علاج سے بیماری کی مدت کم نہیں ہوتی۔ بہت سی بیماریوں میں تپش چند گھنٹوں میں یعنی صبح سویرے خود بخود گرجاتی ہے۔ معتدل آب و ہواؤں میں نہایت شاذ و نادر ہی یہ خطرہ پیدا ہوتا ہے کہ تپش اتنی بلندی تک بڑھ جائے کہ جو براہ راست مہلک ہوسکتی ہو۔ مصنوعی طریقوں سے اگر تپش میں بہت زیادہ کمی پیدا ہوجائے تو ایک حد تک وہ معلومات باطل ہوجاتی ہے جو کہ ایک طبیب کو مرض کے ممر کے بارے میں تپش سے حاصل ہوتی
ہے۔ لیکن سب سے اہم نکتہ یہ ہے کہ ارتفاع تپش کو سرایت کرنے والے 22
خرد عضویات کے خلاف جسم کی طرف سے ایک مدافعتی میکانیہ سمجھنا چاہئے۔ لہٰذا بغیر احتیاط سے سوچے سمجھے اس میں دخل نہ دینا چاہئے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ ایک اچھی چیز بھی اعتدال سے بڑھ جائے۔ نہایت طویل مسلسل بخاروں مثلاً تپ محرقہ میں، ارتفاع تپش آخرکار عصبی خلیات اور دوسری بافتوں پر مضر اثر ڈالتا ہے۔ ایسی صورت میں اگر غسلوں کی شکلوں میں بیرونی سردی استعمال کی جائے، تو اس سے بسا اوقات مریض کا اسوقت جبکہ ہر متواتر معتاد یا الطلاق عمل کررہا ہو آرام بڑھ جاتا ہے۔ یہی نہیں بلکہ درد سر، ہذیان اور ذہول کم ہوجاتا ہے اور نبض بہتر ہوجاتی ہے۔ یہ دعوے کیا جاتا ہے کہ ایسے ذرائع سے تپ محرقہ کی شرح اموات میں ۵ یا ۶ فیصدی کی حد تک اصلاح ہوجاتی ہے اس بات کی بڑی احتیاط کرنی چاہئے کہ مریض کو ہبوط نہ ہوجائے۔

دافع تپ طریقوں کو تین گروہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے:۔

زیادہ ہلکے مبردات (Milder Refrigerants)۔ یہ معمولی نمکین دوائیں ہیں، جیسے سٹریٹ آف پوٹاشیم (۱۰ تا ۳۰ گرین)، لائکر امونیائی ایسی ٹیٹس

(½ اونس)، ہلکے ترشے۔ پہلے زمانہ میں ان کو ہر بخار میں دیا جاتا تھا، لیکن ان کا بہت کم اثر ہوتا ہے۔

زیادہ طاقتور دافع تپ دوائیں (Stronger Antipyretic Drugs)

۔ ان دواؤں کو محض ان کے دافع تپ فعل کی خاطر، آج کل بہت کم استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر ان میں سے کسی دوا کو ایک ایسے مریض کو جس کو ۱۰۳° یا ۱۰۴° درجہ کی تپش ہو، ایک واحد خوراک کے طور پر دیا جائے تو تپش دو یا تین گھنٹہ میں گر کر طبعی بلکہ اس سے بھی نیچے ہو جاتی ہے۔ لیکن چھ یا سات گھنٹہ میں وہ پھر بڑھ کر بلند ہو جاتی ہے۔ یہ بلندی اس بلندی سے کوئی فرق نہیں رکھتی یا بہت کم فرق رکھتی ہے، کہ جو اگر کوئی دافع تپ دوا نہ دی گئی ہوتی تو موجود ہوتی۔ مندرجۂ ذیل دوائیں سب سے زیادہ کثرت سے استعمال کی گئی ہیں۔ کونین سلفیٹ (quinine sulphate) ۲۰، ۲۰ تا ۳۰ گرین سیلیسن، ۳۰ گرین سیلی سالک ایسڈ، ۲۰ گرین۔ اینٹی پائرین (فینازون) ۱۵ گرین۔ اینٹی فیبرین (ایسٹ انیلائیڈ) ۲ تا ۵ گرین فینیسٹن، ۵ تا ۱۰ گرین۔ آخرالذکر تین دوائیں اپنے دافع تپ فعل میں سب سے زیادہ یقینی ہیں۔ لیکن ایسی خوراکوں میں جو کہ بتائی ہوئی حد سے زائد ہوں ان دواؤں سے، اور خاصکر آخری دو دواؤں سے، خطرناک زراق اور ہبوط پیدا ہونے کا امکان ہے۔

سردی کا بیرونی استعمال۔ یہ کئی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے جو یہ ہیں۔ بارد غسل (cold bath)، لف مبلول (wet pack)، برف لگانا (ice application)، لیٹر کی گنڈلیاں (Leiter's coils)۔ دوائیں استعمال کرنے سے سردی کا استعمال زیادہ تکلیف دہ ہے۔ تاہم اس کے استعمال کو زیادہ قابو میں رکھا جاسکتا ہے، اور مریض کو نقصان پہنچنے کا کم خطرہ ہوتا ہے۔

آبی علاج (Hydrotherapy)۔ اسے تپ معوی کے علاج میں

وسیع طور پر استعمال کیا گیا ہے - تپش ہر تین گھنٹہ کے بعد دیکھی جاتی ہے جب ان نوبتی مشاہدات میں سے کسی ایک میں تپش ۱۰۲° ف یا اس سے بلند تر پائی جائے، تو مریض کو ایک مغسل میں بٹھا دیا جاتا ہے جس کی تپش ۵۰° ف ہوتی ہے - یہاں اس اثر کے لحاظ سے کہ جو اس پر ہوتا ہے، اسکو ۱۰ یا ۱۵ دقیقہ تک رہنے دیا جاتا ہے - پھر اس کو نکال لیا جاتا ہے، آہستہ سے خشک کیا جاتا ہے، اور دوبارہ بستر میں لٹا دیا جاتا ہے - ایسی صورت میں بالعموم یہ پایا جائیگا کہ تپش گر کر ۹۹°، ۹۸° بلکہ اس سے بھی نیچے ہوگئی ہے - اس نظام میں رد و بدل کیا جا سکتا ہے - مشاہدات کم مرتبہ کئے جاتے ہیں - مغسل صرف اسوقت استعمال کیا جاتا ہے جب جسم کی حرارت ۵ء۱۰۲، یا ۱۰۳ یا ۵ء۱۰۳ ہوتی ہے - مغسل کی تپش نہایت کم یعنی ۶۰° اور نہایت زیادہ یعنی ۸۰ یا ۹۰ ہوسکتی ہے - بعض اوقات یہ کیا جاتا ہے کہ مریض کو ایک ایسے مغسل میں بٹھا دیا جاتا ہے جس کی تپش ۹۰ ہوتی ہے، اور پھر برف ڈالکر حرارت کو ۵۰° یا ۷۰° تک لایا جاتا ہے - یہ ظاہر ہے کہ غسل جتنے زیادہ ہونگے، اور ان کی تپش جتنی کم ہوگی، اوسط حرارتِ جسم پر ان کا اثر بھی زیادہ ہوگا - مسلسل تغریق (immersion) بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی گئی ہے -

لف مبلول (wet pack) - ایک چادر کو برف جیسے ٹھنڈے پانی میں بھگو کر نچوڑ لیا جاتا ہے، اور اس کو مریض کے گرد دس سے پندرہ دقیقہ تک لپیٹ کر رکھا جاتا ہے - یہ استعمال جسمی تپش کے ان ہی حالات کے تحت کیا جاتا ہے کہ جو غسل کی صورت میں بتائے گئے ہیں -

اسفنج کرنا - جسم کو برہنہ کر دیا جاتا ہے - اس پر سات سے دس یا پندرہ دقیقہ تک، ٹھنڈے یا برف جیسے ٹھنڈے پانی سے اسفنج کیا جاتا ہے - یہ طریقہ اتنا موثر نہیں ہے کہ جتنے اول الذکر دو طریقے ہیں - تپش بالعموم ڈیڑھ سے دو درجوں کی حد تک گرتی ہے -

برف کی تھیلیاں (ice-bags) - ان کو سینہ یا شکم پر اختلاف پذیر مدتوں تک رکھا جا سکتا ہے - یا ان کو مریض کے اوپر ایک غاطیہ (cradle)

میں لٹکا دیا جاتا ہے۔ سر کو ایک برف کی تھیلی لگانا، درد سر کو دور کرنے کا ایک اچھا طریقہ ہے۔

مہیجات (Stimulants) ۔تمام حموی امراض میں ایک درجہ ایسا آجاتا ہے جبکہ قلب کا فعل اور عصبی نظام اتنی شدت سے متاثر ہوجاتے
ہیں کہ کسی نہ کسی قسم کی مصنوعی تہییج کی ضرورت پڑتی ہے۔ایسے درجہ کو 23
ظاہر کرنے والی امارات، تپش کے ارتفاع کے مقابلہ میں بالعموم شدید ہوتی ہیں۔تاہم وہ اتنا بخار کی وجہ سے نہیں ہوتیں کہ جتنا ان سموم کی وجہ سے ہوتی ہیں کہ جو خون میں گردش کرتے ہیں، اور بذاتِ خود ارتفاعِ تپش کو پیدا کرتے ہیں۔اس فشل قلب اور عصبی انبطاح کے نتائج یہ ہوتے ہیں، تیز اور کمزور نبض، قلب کی پہلی آواز کا سنائی نہ دینا، قلب کا بے قاعدہ فعل، زراق، پھیپھڑوں کے قاعدہ کا امتلاء اور اذیما، خشک کانپتی ہوئی زبان، عضلی رعشہ، بے خوابی اور ہذیان۔

تہییج کا سب سے سادہ طریقہ، جو عرصہ سے رائج ہے یہ ہے کہ برانڈی یا وِسکی کی شکل میں الکحل دی جائے۔اس کی مقدار ۲۴ گھنٹہ میں ۲ تا ۶ یا ۸ اونس ہوسکتی ہے۔لیکن زیادہ بڑی مقداروں کو بہت دنوں تک جاری نہ رکھنا چاہئے۔خاص طور پر لمبی بیماریوں میں، جیسے تپِ محرقہ میں، اس دوا کے اثرات پر احتیاط سے نگاہ رکھنی چاہئے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ مفرط مقدار سے تیز نبض اور غنودہ بربری ہذیان جاری رہتا ہے اور یہ ایک قریب وہ حالت ہے، بالکل اسی طرح کی کہ جس کے لئے الکحل ابتداءً دی گئی تھی۔اگر ہذیان مانیا کی شکل اختیار کرلے، تو الکحل سے یہ اور بھی شدید ہوجا سکتا ہے۔

حالیہ زمانہ میں تہییج کے دوسرے طریقوں کو ترجیح دینے کا بڑھتا ہوا رجحان پایا جاتا ہے۔اکثر اوقات ان کو کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے۔وہ طریقے یہ ہیں۔روح ایمونیا ابازیری ۳۰ قطروں یا صبغۂ ڈیجیٹیلس پندرہ تا بیس قطروں کی خوراکوں کا دن میں تین مرتبہ اندرونی طور پر دینا

کیفین اور سوڈیم سیلی سلیٹ کا یا کیفین اور سوڈیم بنزوئیٹ کا دوہرا نمک، بالغ کے لئے ۵ گرین کی معتاد میں دروں عضلی طور پر مشرب کرنا - کافور کو زیتون کے تیل (یا روغن کنجد) میں ۱۰ یا ۱۵ یا ۲۰ فیصدی محلول کی صورت میں دروں عضلی طور پر مشرب کرنا - کافور کی معتاد بالغ کے لئے ۳ تا ۵ گرین ہے - ایڈرینالین (۱۰۰۰ میں ۱ محلول کے ۵ یا ۱۰ قطرے) دروں عضلی طور پر مشرب کرنا - ہر حالت میں، ہر معتاد کا جو نتیجہ ہو اس سے یہ رہنمائی حاصل کیجا سکتی ہے کہ دوسری معتاد کب دی جائے ۔

بے خوابی (Insomnia) مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق صرف ارتفاع تپش ہی پر نہیں بلکہ عام طور پر ہوتا ہے ۔

آج کل کئی قسم کے مفید منومات حاصل ہو سکتے ہیں - خاص منومات کو مندرجۂ ذیل گروہوں میں بانٹا جا سکتا ہے ۔

(۱) برومائیڈ کے نمک، خاصکر پوٹاسیم اور ایمونیم برومائیڈ (۱۰ تا ۳۰ گرین)۔

(۲) کلورل ہائیڈریٹ (۱۰ تا ۳۰ گرین) اور اس کا مماثل، کلورل ایمائیڈ یا کلورل فارمامائیڈ (۱۰ تا ۶۰ گرین) ۔

(۳) باربٹ یورک گروہ : باربیٹون (ویرونال : veronal) (۵ تا ۲۰ گرین)، میڈینال (سوڈیم باربیٹون) (۵ تا ۱۵ گرین)، ڈائیال (dial) (½ ۱ گرین) ایلونال (allonal) (۲ تا ۴ قرص)، لیومینال (luminal) (۲ تا ۵ گرین) وغیرہ۔

(۴) ایک گروہ جو کہ یوریا ہی سے ماخوذ ہے، لیکن جس کے نواۃ میں کوئی کاربنی حلقہ نہیں ہے : ایڈالین (adalin) اور بروموریورال (bromural) (۵ تا ۱۵ گرین) ۔

(۵) سلفون گروہ (sulphone group) : سلفنال (۲۰ تا ۴۰ گرین) اور میتھل سلفنال (ٹرایونال : trional) (۱۰ تا ۲۰ گرین)۔

(۶) پیرالڈی ہائیڈ (۱ تا ۲ ڈرام)۔

(۷) ہایوسین ہائیڈروبرومائیڈ (hyoscine hydrobromide) ($\frac{1}{100}$ گرین) ۔

(۸) افیون اور اس کے مشتقات، مثلاً مارفیا، ہیروئین (heroin) ($\frac{1}{25}$ تا $\frac{1}{8}$) گرین اور پینٹوپان (pantopon) ($\frac{1}{8}$ تا $\frac{1}{2}$ گرین)۔

جب بے خوابی کی وجہ درد ہو، تو ایک دافع درد دوا جیسے ایسپرین (۵ تا ۱۵ گرین)، پرمیڈان (pyramidon) (۵ تا ۸ گرین) یا ویرامان (veramon) (۵ گرین)، اور اس کے ساتھ پہلے چھ گروہوں میں سے ایک گروہ کی معتاد آزمائی جاسکتی ہے۔ لیکن جب بہت درد ہو تو واحد موثر منوم، افیون اور اس کے مشتقات ہیں۔ افیون کو منھ کی راہ سے ڈووَر کے سفوف (۱۰ تا ۱۵ گرین) کی صورت میں دیا جاسکتا ہے۔ لیکن جب زیادہ سریع اثر کی ضرورت ہو تو اسے زیرجلدی طور پر مارفین ($\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$) کی صورت میں زیرجلدی طور پر دیا جاتا ہے۔ جب بے خوابی کسی حموی بیماری کو پیچیدہ کررہی ہو، تو پہلے چھ گروہوں میں سے کوئی دوا آزمائی جاسکتی ہے۔ کلورل یا پیرالڈی ہائیڈ کو درحقیقت بروما ئیڈز یا باربٹ یورک یا سلفون سلسلہ کے مقابلہ میں ترجیح دینی چاہئے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ آخرالذکر، ان حالات میں کسیقدر کند ذہنی اور بعض اوقات حقیقی ذہنی الجھن پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، اور وہ نیند پیدا کرنے میں اچھی طرح کامیاب بھی نہیں ہوئے۔ شدید طویل حموی بیماری جیسے مسیحی نبقی عفونت الدم، میں مارفین سب سے زیادہ اطمینان بخش منوم ہے۔

ذات الریہ میں پہلے پانچ دنوں میں مارفین خاص طور پر استعمال کیجاتی ہے، لیکن پانچویں دن کے بعد وہ ممنوع الاستعمال ہوتی ہے (تنفسی انخفاص)۔ اسوقت پیرالڈی ہائیڈ استعمال کرسکتے ہیں۔ تاہم اس کے بجائے یہ کیاجاسکتا ہے کہ کلورل اور ڈجیٹیلس کا آمیزہ شروع ہی سے استعمال کیا جائے۔ حاد التہاب شعبتی میں افیون کا استعمال بالعموم منع ہوتا ہے۔ لیکن جب بے خوابی کھانسی کی وجہ سے ہو، اور افراز بہت زیادہ نہ ہو، تو مارفین، ہیروئین یا ڈایونین (dionin) دینے کی اجازت ہے۔ اسی طرح مزمن سل میں کھانسی سے پیدا ہونے والی بے خوابی میں بھی ان کو دیا جاسکتا ہے۔

مرض قلب کے بہر (dyspnœa) میں افیون" جادو کا اثر کرتی ہے"
اور اس طرح بہت ہی نیند لاتی ہے - مرض قلب میں بے خوابی کے دوسرے اسباب میں (یعنی جو بہر کے علاوہ ہوں) کلورل مفید ہے اس کا کوئی خطرناک خافض اثر نہیں ہوتا" جیسا کہ کہا جاتا ہے کہ ہوتا ہے - تاہم جب عضلی قلبی انحطاط کا شبہ ہو، تو اس کے بجائے پیرالڈی ہائیڈ استعمال کرنا چاہیئے -

ہذیان میں جب کلورل اور پیرالڈی ہائیڈ ناکام ثابت ہوں، اور بہت بے چینی مریض کو خطرے میں ڈال رہی ہو، تو ایسی صورت میں زیرجلدی طور پر ہایوسین ہائیڈرو برومائیڈ ($\frac{1}{100}$ گرین) دیا جاسکتا ہے - اگر ضرورت ہو تو احتیاط کے ساتھ اس کو دوبارہ دینا چاہیئے، لیکن زیادہ چھوٹی معتاد میں ($\frac{1}{150}$) - دوسری معتاد، پہلی معتاد سے ۲ گھنٹہ کے اندر نہ دینی چاہیئے -

اس بے خوابی میں جو کہ تشویش یا دوسرے ذہنی سبب کا نتیجہ ہو، باربٹ یورک گروہ خاص طور پر مفید ہے - ان دواؤں کو زیادہ عمر کے لوگوں میں خاص احتیاط کے ساتھ دینے کی ضرورت ہے، کیونکہ ان میں ارتکامی اثر کا رجحان زیادہ ہوتا ہے - جب یہ دوائیں ناکام رہیں، اور ذہنی حالتوں میں نیند کی شدید ضرورت ہو، تو کلورل (جو اکثر برومائیڈ کے ہمراہ دیا جاتا ہے) اور پیرالڈی ہائیڈ سے کام لینے کی ضرورت پڑتی ہے مسلسل آبزن علاج (continuous tub treatment) اگر ٹھیک طور پر کیا جائے تو اس سے منوّمات کی ضرورت جاتی رہتی ہے - لیکن اس کے لئے خاص سامان اور تربیت یافتہ خدمت گزار کی ضرورت ہے - نوجوان، ہٹے کٹے، تحریک یافتہ مریضوں کے لئے سرد لف مبلول، ایسی بے خوابی میں جو کہ ذہنی فتورات میں بہت بے چینی کے ہمراہ پائی جائے، خاص طور پر مفید ہے اسی طرح کسی بھی عمر کے تحریک یافتہ مریضوں کے لئے، جن کی طبیعی حالت اچھی ہو، گرم لف مبلول ان ہی حالات میں خاص طور پر مفید ہے -

برومائیڈز اتنے منوّم نہیں جتنے کہ وہ مسکن ہیں - تاہم خفیف حالیہ

بے خوابی میں وہ کافی ثابت ہوتے ہیں - نیز وہ اسوقت بھی جبکہ ان کو کوئی ضرورت سے زیادہ فکرمند فرد لمبی مدت تک لے، مفید ہوتے ہیں۔ ان کاموں فعل پر، جس میں تفطیر پیدا کرنے کا رجحان بھی شامل ہے، نگاہ رکھنے کی ضرورت ہے۔

نقیہیت (Convalescence) ۔ مختصر سے حموی حملے، جیسے انفلوئنزا، کے بعد جب تپش ۲۴ گھنٹہ تک نیچی رہ چکے، تو مریض کو اُٹھ کر بیٹھنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ طویل حملوں کے بعد یہ کیا جاتا ہے کہ جب تپش دو یا تین دن تک نیچی رہ چکتی ہے تو مریض کو چند گھنٹہ تک ایک کوچ پر آرام کرنے میں مدد دیجاسکتی ہے۔ اس طرح اُٹھ کر آرام کرنے کی مدت کو رفتہ رفتہ بڑھا دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد کا درجہ یہ ہے کہ مریض کو اجازت دیجائے کہ وہ خود بخود اٹھ کر ایک کرسی پر بیٹھ سکے۔ ہفتہ یا دس دن کے بعد اُسے کمرے میں ادھر اُدھر چلنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ پھر اسکو سیڑھیوں سے اترنے کی اجازت دیجاتی ہے۔ گھر سے باہر چلنے پھرنے اور سیڑھیوں سے اوپر جانے کی اجازت دو تین ہفتہ کے بعد دیجاتی ہے۔ نقیہیت کے دوران میں ایک مقوی تجویز کرنے کا دستور ہے، جیسے لوہا یا کاڈ مچھلی کے جگر کا تیل، خلاصۂ مالٹ، یا ایک آمیزہ جس میں مرقق ترشۂ نمک ۱۰ قطرے، صبغیہ اذاراقی ۱۰ قطرے، خیساندہ جنطیانہ تا بحد ایک اونس شامل ہو، اور جو کھانے سے پہلے لیا جائے۔

وہ امراض جو وراء تقطیر پذیر قشبوں سے پیدا ہوتے ہیں یا جنکی اصل معلوم نہیں

حصبہ

MEASLES

(Morbilli: کھسرا)

کھسرا ایک متعدی حموی مرض ہے۔ اس کا امتیازی خاصہ گلابی یا

سرخ دھبوں کا ثوران اور تنفسی غشاء مخاطی کی نازلت ہے۔

بحث اسباب۔ تہذیب یافتہ ملکوں میں اس کا پھیلاؤ جن
حالات پر منحصر ہوتا ہے وہ وہی ہیں کہ جو قرمزیہ پر اثر ڈالتے ہیں۔ یہ وباؤں
کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ یہ وبائیں بوڑھوں سے زیادہ نوجوانوں پر حملہ
کرتی ہیں۔ اس کی وجہ خاص طور پر یہ ہے کہ جماعت کے تمام بوڑھے افراد کو
اسوقت جبکہ وہ نوجوان تھے حملہ ہو چکا ہوتا ہے، اور وہ اس طرح دوسری
سرایت سے محفوظ ہوتے ہیں۔ تاہم چھ ماہ تک کے شیر خوار بچے یا تو اثر ناپذیر
ہوتے ہیں، یا ان کو مرض خفیف شکل میں ہوتا ہے (48)۔ بڑے بڑے
شہروں میں یہ مرض تقریباً ہر وقت موجود رہتا ہے۔ یہ ایک نقطہ سے 25
دوسرے نقطہ تک محدود وباؤں کی صورت میں پھیلتا ہے۔ جب یہ وبائیں
کم ہو جاتی ہیں تو دوسری جگہوں میں دوسری وبائیں ہو جاتی ہیں۔ جب یہ
ایسی آبادیوں میں داخل ہوتا ہے کہ جن میں اب تک مرض رونما نہیں ہوا
تھا یا جو کئی سال سے اس مرض سے پاک رہی ہیں تو ایسی صورت میں
یہ لوگوں کی اکثریت پر، نوجوانوں اور بوڑھوں سب پر، ایک بہت بڑی
اور اکثر اوقات تباہ کن وبا کی صورت میں حملہ کرتا ہے۔ ۱۸۴۶ء میں فارو
کے جزائر میں یہی کچھ پیش آیا تھا۔

سرایت ایک نامعلوم قشب کا نتیجہ ہوتی ہے، جو ناک اور گلے کے افرازات میں موجود ہوتا ہے۔ تجربتہً مرض کو اس ماخذ سے حاصل کی ہوئی تطعیمات کے ذریعہ منتقل کیا گیا ہے۔ سرایت، ریق کے قطروں کے سونگھنے سے پھیلتی ہے، جو مرض کے نازلتی درجہ میں باتیں کرنے یا کھانسنے سے ہوا میں پھیلا دیا جاتا ہے۔ قشب کپڑوں، کھلونوں اور دوسری چیزوں سے بھی چپکا رہتا ہے۔ لیکن وہ اتنی مضبوطی سے نہیں چپکتا کہ جس مضبوطی سے قرمزیہ کا تعدیہ چپکا رہتا ہے۔

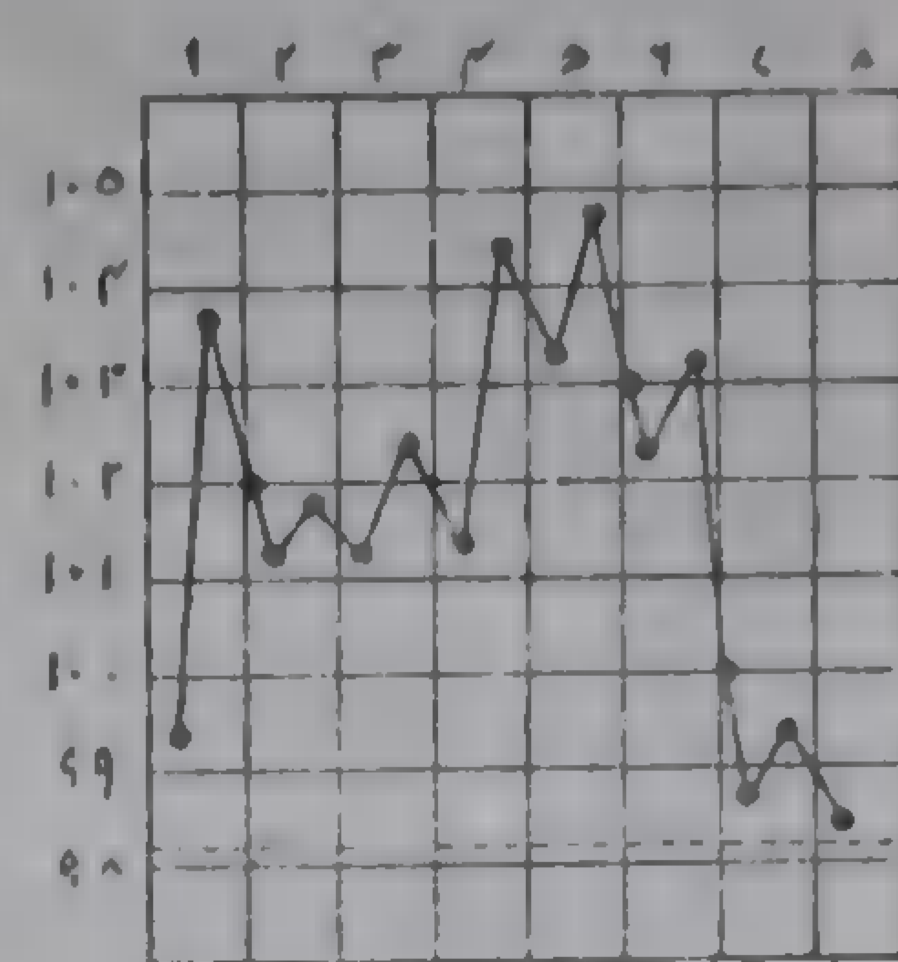
مرضی تشریح (Morbid Anatomy)۔ اس کا انحصار زیادہ تر اس پیچیدگی پر ہوتا ہے کہ جو موت کا باعث ہوتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ

غیر پیچیدہ کھسرا نہایت شاذ و نادر مہلک ہوتا ہے ۔

علامات اور ممر (Symptoms and Course)۔ کھسرا میں حضانت کی مدت بالعموم آٹھ سے سولہ دن ہوتی ہے (حدود چھ سے بیں (12) ۔ مرض، ارتفاع تپش اور نازلتی علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے ۔ تپش شاید ۱۰۲° تک بڑھ جاتی ہے ۔ بچہ کی بھوک جاتی رہتی ہے ۔ وہ غنودہ اور بیمار سا معلوم ہوتا ہے ۔ ممکن ہے شروع میں قے ہو یا سردی محسوس ہو یا بچوں میں تشنجات ہوں ۔ اب ملتحمہ مبتل ہو جاتا ہے ۔ آنکھوں سے پانی بہتا ہے، ناک سے ایک مخاطی اخراج ہوتا ہے، اور شعبتی افراز کے باعث کھانسی ہوتی ہے ۔ نازلتی علامات تو جاری رہتی ہیں، لیکن بسا اوقات پہلے دن کے بعد تپش گر جاتی ہے جو ایک دو دن پست لیول پر قائم رہتی ہے، اور پھر دوبارہ بڑھ جاتی ہے ۔ کبھی کبھی اس ابتدائی زمانہ میں ایک نام نہاد طفحہ منذرہ (prodromal rash) واقع ہوتا ہے ۔ ممکن ہے یہ قرمزیہ کے طفحہ کی طرح ہو یا شری ہو ۔ یا ممکن ہے یہ ایک حقیقی حصبتی طفحہ کی مانند ہو ۔ یہ صرف چوبیس سے لیکر چھتیس گھنٹہ تک قائم رہتا ہے ۔

امتیازی ثوران سب سے زیادہ عام طور پر چوتھے دن نمودار ہوتا ہے ۔ ہو سکتا ہے کہ یہ نہایت جلد یعنی تیسرے دن نمودار ہو جائے ۔ یہ پہلے پہل چہرہ بالوں کی جڑوں، پیشانی، کنپٹی پر یا کانوں کے پیچھے دیکھا جاتا ہے ۔ بعد ازاں یہ گردن، دھڑ اور جوارح پر پھیل جاتا ہے ۔ یہ گلابی دھبوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو گول، بیضوی یا بے قاعدہ شکل کے ہوتے ہیں ۔ یہ سطح سے ذرا اٹھے ہوئے ہوتے ہیں ۔ یہ مل جلکر بے قاعدہ گروہ بناتے ہیں، جن کی شکل کسیقدر ہلالی ہوتی ہے، اور جو کسیقدر جلد کے بیچ کے رقبہ کو غیر متاثر رہنے دیتے ہیں ۔ رنگت میں یہ طفحہ، قرمزیہ کے طفحہ کی نسبت، زیادہ تاریک سرخ یا زیادہ ارغوانی ہوتا ہے ۔ ان دونوں میں امتیاز کرنا مشکل ہوتا ہے، خاص طور پر جبکہ دھبے یکساں طور پر پھیلے ہوئے ہوں اور آپس میں گھل مل نہ گئے ہوں ۔ کبھی کبھی طفح کے سب سے تاریک حصہ میں چند نمشات واقع ہوتے ہیں ۔

دوسری اصابتوں میں بعض بثور کے مرکزوں میں چند آبلے پیدا ہو جاتے ہیں' طفحہ سب سے زیادہ پورے طور پر چہرہ پر نمودار ہوتا ہے' جس سے چہرہ کا منظر ددوڑے دار اور پھولا ہوا ہو جاتا ہے۔ جوارح پر طفحہ کم افراط سے ہوتا ہے' تاہم ممکن ہے پشت اور بازوؤں پر اس سے دریختگی کی مسلسل چکنتیاں بن جائیں۔ یہ اپنی بلندی تک پہنچنے میں ایک سے تین دن لیتا ہے پھر یہ تیزی سے زایل ہو جاتا ہے۔ سب سے پہلے یہ وہاں زائل ہوتا ہے جہاں یہ سب سے پہلے نمودار ہوا تھا۔ عام طور پر اس کے بعد بھوری یا زردسی بھوری رنگت کی چکنتیاں (mottling) باقی رہ جاتی ہیں جو کچھ دن قائم رہتی ہیں۔ نمشات کے بعد اس سے بھی زیادہ نمایاں دھبے باقی رہ جاتے ہیں۔ نیز اس کے بعد باریک سبوسی چھلکوں کی صورت میں ذرا سا تقشر واقع ہوتا ہے۔ لیکن وہ بڑے بڑے ندفات کبھی نہیں اترتے جو کہ قرمزیہ کی صورت میں دیکھے جاتے ہیں۔



تصویر ۲ - کھسرا میں تپش (سٹرمپیل، Strümpell کی تقلید میں)۔

جب تپش درجۂ منذرہ میں گر چکی ہو تو طفحہ نمودار ہونے پر وہ پھر بڑھ جاتی ہے' اور ۱۰۲° '۱۰۳° بلکہ اس سے بھی زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ دو' تین یا چار دن کے اندر اپنی انتہا کو پہنچ جاتی ہے۔ جب طفحہ زائل ہونا شروع ہوتا ہے تو وہ بالعموم کسیقدر یکایک گر جاتی ہے' اور ممکن ہے تقریباً چھتیس گھنٹہ میں طبعی کو پہنچ جائے۔ نازلت' سارے ثورانی درجہ میں قائم رہتی ہے۔ ممکن ہے یہ جبہی جوفوں میں پھیل جائے اور دردسر کا باعث ہو۔ تھوڑا بہت عمومی التہاب شعبتی موجود ہوتا ہے' اور یہ کھانسی' 26
مخاط کے نفث' اور منتشر خرخرات سے ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے حنجرہ بھی ماؤف ہو جیسا کہ بیٹھی ہوئی آواز' کروپی کھانسی' اور کسی کسی اصابت میں سرسری تنفس سے ظاہر ہوتا ہے۔ طفحہ کے نمودار ہونے سے بھی پہلے تالو

میں اکثراوقات ایک غیر طبعی سرخی نظر آتی ہے، جو بکھری ہوئی یا چکتیوں کی صورت میں ہوتی ہے۔ تقریباً ہمیشہ اس پر وہ اضرار بھی نظر آتے ہیں جنکو فلاٹو (Filatow) یا کاپلک (Koplik) کے داغ کہتے ہیں۔ یہ چھوٹے چھوٹے، اُبھرے ہوئے، سفید یا دودھیا رنگت کے نقطے ہیں، جو ایک چھوٹی سی آلپن کے سر کے برابر ہوتے ہیں۔ یہ بالعموم ایک سرخ شدہ قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ بہترین طور پر خدی غشاء مخاطی پر، نچلے جبڑے کے ضواحک کے بالمقابل دیکھے جاتے ہیں ایس سے کم حد تک وہ دوسرے دانتوں کے بالمقابل بھی دیکھے جاتے ہیں۔ کاپلک کے داغ ثوران سے دو یا تین دن پہلے نمودار ہوتے ہیں۔ زبان بالعموم فردار ہوتی ہے، اور فطری الشکل حلیمے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ جب تپ زائل ہوجاتی ہے، تو طبعی اشتہا اور نیند کی واپسی بالعموم تیزی سے ہوتی ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب (Complications and Sequelæ)۔

سب سے اہم پیچیدگیاں وہ ہیں جو تنفسی اعضا کے سلسلہ میں واقع ہوتی ہیں۔ کھسرا کے سلسلہ میں واقع ہونے والی اموات کی اکثریت ایسی ہی پیچیدگیوں کا نتیجہ ہوتی ہے۔ پھیپھڑوں کا التہاب کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بالعموم اسکو التہاب شعبتی کے پھیلنے کی طرف منسوب کیا گیا ہے، جو کہ مرض کی تمام اصابتوں میں عام ہے۔ ذات الریہ اپنی توزیع میں لختی یا لختکی ہوسکتا ہے۔ اگر ایک اصابہ میں اس میں شعبتی ذات الریہ کی خصوصیت پائی جاتی ہیں (۲ء۱۶)[1]، تو دوسری میں ایک لختی یا نبقی ریوی ذات الریہ کی۔ التہاب حنجرہ اسقدر شدید ہوسکتا ہے کہ اس سے اختناق کا خطرہ پیدا ہوجائے (۲ء۷)۔ ممکن ہے اس کے ساتھ غشاء کی تکوین بھی ہو۔ ایسی ہی چند

[1] خطوط وحدانی کے اندر صفحت ۶۵، ۶۶ میں ایسے جو اعداد ہیں، یہ مٹروپولٹن سائلمز بورڈ (Metropolitan Asylums Board) کے شفاخانوں میں ۱۹۳۸ء اصابتوں سے لئے ہوئے فیصدی اعداد ہیں۔ ان کے بعد کوئی معلومات شائع نہیں ہوئی۔

اصابتوں میں یہ ایک حقیقی خناق وبائی ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ ریم زا عضویات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ دوسری پیچیدگیاں یہ ہیں، التہاب ملتحمہ (۱، ۳)۔ التہاب قرنیہ (۳، ۲) یا التہاب قرحیہ - التہاب الفم (۱، ۷) اور التہاب نکفیہ، یوسٹیکیائی انبوبہ کا التہاب، التہاب الاذن (۳، ۸) - چھوٹی یا بڑی آنت کے التہاب الامعاء کے باعث علی الترتیب اسہال یا زحیر - البیومین یوریا (۳، ۳) اور معائی نزف - منھ کی گنگرین، جسے آکلتہ الفم یا نوما (noma) بھی کہتے ہیں، کبھی کبھی واقع ہوتی ہے (۹، ۲)۔ فرج کی گنگرین زیادہ شاذ طور پر واقع ہوتی ہے، اور اس کو بھی نوما ہی کہتے ہیں۔ کھسرا کا التہاب دماغ آگے چلکر بیان کیا جائیگا۔

اقسام - کھسرا بلا ثوران اور کھسرا بلا نازلت دونوں بھی بیان کیے گئے ہیں۔ اس میں شبہ ہے کہ اول الذکر واقع ہوتا ہے۔ آخرالذکر کی چند اصابتیں ممکن ہے حقیقت میں حمیرا یا جرمن کھسرے کی مثالیں ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 27)۔ دونوں صورتوں میں مرض خفیف ہوتا ہے۔ شدید یا خبیث شکلوں کی مثال نزفی کھسرے سے ملتی ہے۔ اس میں مخاطی اغشیہ سے ادماء واقع ہوتا ہے اور ثوران پر پیورائی ہو جاتا ہے۔ دوسری شدید شکلوں کی خصوصیتیں محض یہ ہوتی ہیں۔ شدید بخار، تاریک یا کبود طفحہ، جو اکثر اوقات ناکامل طور پر نکلا ہوتا ہے۔ تیز اور کمزور نبض۔ انبطاح، ہذیان، خشک بھوری زبان۔ اور عام ٹائیفائڈی حالت۔

تشخیص (Diagnosis) - قرمزیہ اور حمیرا کے ساتھ اس کے گڈ مڈ ہونے کا بیحد اندیشہ ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 27)۔ ٹائیفس میں طفحہ اتنا بثوری نہیں ہوتا، چہرہ بہت کم متاثر ہوتا ہے، طحال متورم ہوتی ہے، اور انفی یا ملتحمی نازلت بالکل موجود نہیں ہوتی۔ کھسرا کا ابتدائی درجہ بعض اوقات چیچک کے ثوران کے ابتدائی درجہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ نازلت کی عدم موجودگی، اور درد سر، پشت کا درد اور متلی کی سرگذشت، چیچک کی

تائید کرتی ہے۔ وردیتی ثورانات جو نوعی تپوں سے علٰحدہ ہوں کھسرا سے مشابہ ہوسکتے ہیں۔ ان کو امتیازی بخار اور نازلت کی عدم موجودگی کی بنا پر پہچانا جاسکتا ہے۔ کاپلک کے داغ، تشخیص میں بہت اہمیت رکھتے ہیں، کیونکہ وہ دیگر ثورانی امراض میں شاذ ونادر ہی واقع ہوتے ہیں۔

انذار (Prognosis)۔ یہ بالعموم سازگار ہوتا ہے۔ اکثر و بیشتر شرح اموات ایک سے لیکر دو فیصدی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی بہت زیادہ شدت کی وبائیں بھی ہوئی ہیں۔ ریوی اور حنجری پیچیدگیوں کے پھیلے ہونے سے اموات کی شرح فیصدی بیحد زیادہ ہوجاتی ہے۔ ان کے علاوہ، خبیث اصابتوں کو شدید تپ، تاریک یا کبود ثورانات، اور ابتدائی ہبوط یا انبطاح کے ذریعہ پہچانا جاتا ہے۔

تحریز (Prevention)۔ تحریز کا واحد کامیاب نوعی طریقہ یہ ہے کہ ایک نقیہہ مریض سے تپش کے طبعی ہوجانے کے سات سے گیارہ دن بعد لیا ہوا مصل، مشرب کیا جائے (48)۔ اس مصل کو وازرمین کے تعامل کے ذریعہ جانچ لیا جاتا ہے۔ اس کو کئی ماہ تک سردی میں ذخیرہ کیا جاسکتا ہے۔ تین ماہ سے نیچے کے بچوں کے لئے ۲ مکعب سنٹی میٹر، اور زیادہ عمر کے بچوں کے لیے ۶ تا ۱۰ مکعب سنٹی میٹر استعمال کئے جاتے ہیں۔ حملہ کو روکنے کے لئے اشراب، حضانت کے پہلے پانچ یا چھ دنوں کے اندر کرنا چاہیئے۔ اگر اشراب اس کے بعد، ۹ دن تک کیا جائے تو اس کا صرف اتنا فائدہ ہوگا کہ حملہ کم شدید ہوگا۔ 27

علاج (Treatment)۔ ارتفاع تپش کا عام علاج ملاحظہ کرنا چاہیئے۔ جب تک کہ ثوران نہ نکلے، بستر میں لٹا دینا اتنا ضروری نہیں ہوتا۔ نازلت جو کہ شروع سے موجود ہوتی ہے اس کا علاج اسی طرح کرنا چاہیئے کہ جس طرح التہاب شعبتی کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ حلقوم، اور التہاب الاذن کا علاج وہی ہے جو کہ تپ قرمزی میں کیا جاتا ہے۔ ناک اور حنجرہ کا علاج وہی ہے جو کہ خناق وبائی میں کیا جاتا ہے۔ شعبتی ذات الریہ جس کے ساتھ زراق

موجود ہو، آکسیجن کے خیمہ کے ذریعہ اس کا کامیابی کے ساتھ علاج کیا گیا ہے۔

حمیرا

RUBELLA

(German Measles: جرمن کھسرا Rötheln: رٹیلن Roseola: وردیہ)

یہ ایک طفحی مرض ہے۔ یہ کھسرا اور قرمزیہ دونوں سے بہت سی باتوں میں ملتا جلتا ہے، لیکن بلاشک وشبہ دونوں سے الگ ہے۔ اس کے تعلق میں کوئی نوعی خرد عضویہ اب تک دریافت نہیں ہوا۔

بحث اسباب - یہ کھسرے جتنا سرایتی نہیں ہے۔ یہ تقریباً اسی طرح پھیلتا ہے کہ جس طرح کھسرا پھیلتا ہے۔ یہ خاص طور پر کسی ایسے شخص کے ساتھ کہ جو مرض میں مبتلا ہو قریبی طور پر مل جل کر رہنے سے پھیلتا ہے۔ اس کا ایک عام نتیجہ محدود حملے ہیں۔ زیادہ عمر کے بچے اور نوعمر بالغ آسانی سے سرایت زدہ ہوجاتے ہیں۔

علامات - حضانت کی مدت ۹ سے لیکر ۱۹ دن ہے۔ ایک درجۂ منذرہ بالکل ناپید ہوتا ہے۔ یا زیادہ سے زیادہ یہ کہ ثوران کے نمودار ہونے سے پہلے آدھ دن تک رہتا ہے۔ اس درجہ کا اظہار، ہوائی گذرگاہوں کی یا ملتحمہ کی مخاطی غشاؤں کی خفیف نازلت سے ہوتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں ثوران اس امر کی پہلی دلیل ہوتی ہے کہ مریض کو کوئی تکلیف ہے۔ یہ متعدد گلابی دھبوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ گول یا بیضوی، سطح سے بہت کم اُبھرے ہوئے، یکساں طور پر بکھرے ہوئے، اور بالعموم الگ الگ ہوتے ہیں، اگرچہ وہ بعض اوقات بہت پاس پاس بھی واقع ہوتے ہیں۔ دھبے جسامت میں اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ جب وہ چھوٹے ہوتے ہیں اور پاس پاس واقع ہوتے ہیں، تو قرمزیتی طفحہ کے ساتھ بے حد مشابہت پائی جاتی ہے۔ جب وہ اس سے زیادہ بڑے ہوتے ہیں تو کھسرا سے زیادہ ملتے جلتے ہیں۔ تاہم

وہ عام طور پر ملتقی نہیں ہوتے، اور ہلالی شکل نہیں اختیار کرتے۔ ممکن ہے جلد میں ذرا سی کھجلی محسوس ہو۔ ثوران چہرے، دھڑ، بازوؤں اور ٹانگوں پر پایا جاتا ہے۔ وہ بیشتر پہلے چہرہ پر نمودار ہوتا ہے، اور پھر دوسرے حصوں پر پھیل جاتا ہے۔ یہ کھسرے کے مقابلہ میں کم مدت کا ہوتا ہے۔ اکثر اوقات یہ صرف دو دن رہتا ہے، اور بعض اوقات تین یا چار دن تک بھی رہتا ہے۔ جیسا کہ کھسرا کی صورت میں دیکھا جاتا ہے، ثوران کے بعد چند دن تک جلد کی بدرنگی باقی رہتی ہے۔ تقشر بالعموم ناپید ہوتا ہے۔ یہ بڑے بڑے ندفات کی صورت میں کبھی نہیں ہوتا، جیسا کہ قرمزیہ کی صورت میں ہوتا ہے۔ تالو اور حلقوم پر بالعموم کسیقدر اشراب یا دھبے یا سرخی کی دھاریاں نظر آتی ہیں۔ ممکن ہے لوزتین ذرا متورم ہوں۔ ملتحمات سرخ ہوتے ہیں۔ کھانسی اور چھینکیں بالعموم خفیف حد تک موجود ہوتی ہیں۔ گردن کی پشت پر کے، قذالی، حلمی اور موخر عنقی خطوں میں کے لمفی غلاے، اکثر اوقات متورم اور الیم ہوتے ہیں۔ بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے لمفی غدے بھی اسی طرح متورم اور الیم ہوتے ہیں۔ یہ تورم دو یا تین ہفتہ تک باقی رہ سکتا ہے، لیکن تقیح کبھی نہیں دیکھا گیا۔ بخار اصابتوں کی اکثریت میں بالکل ناپید ہوتا ہے۔ جب یہ ہوتا بھی ہے تو طبعی سے صرف ۱ یا ۲ درجہ اوپر ہوتا ہے۔ یہ ایک، دو یا تین دن تک رہتا ہے۔ یہ مختلف اصابتوں میں انتہائی اختلاف پذیری ظاہر کرتا ہے۔ لیکن پیشتر اس کے کہ ثوران پوری طرح نکلے، بخار گر کر طبعی ہو جاتا ہے۔ بہت سے مریض اپنے آپ کو بالکل بیمار محسوس نہیں کرتے، اور ان کی اشتہا شروع سے آخر تک موجود رہتی ہے۔ سوائے ان پیچیدگیوں کے جو کہ پہلے بیان کی جا چکی ہیں، اور کوئی پیچیدگی ہونا شاذ ہے۔ انذار انتہائی طور پر موافق ہوتا ہے۔

علاج ۔ یہ ان ہی اصولوں پر کیا جاتا ہے کہ جن پر کھسرا کا کیا جانا بیان کیا گیا ہے۔

قرمزیہ، کھسرا اور حمیرا میں تفریقی تشخیص ۔ ابتدائی درجہ ۔

قرمزیہ میں آغاز ناگہانی ہوتا ہے، اور پہلا درجہ ۲۴ گھنٹے تک قائم رہتا ہے۔

متلی اور قے موجود ہوتے ہیں، لیکن نازلت بہت کم ہوتی ہے۔ کھسرا میں طفحہ سے تین دن پہلے معیّن نازلت اور ملتحمی ابتلال پایا جاتا ہے۔ حمیرا میں 28
خفیف نازلت ہوتی ہے، جو صرف چند گھنٹہ تک قائم رہتی ہے۔

التہاب غلاد (Adenitis) - قرمزیہ میں جبڑے کے زاویوں کے نیچے کے غدے متعین طور پر متاثر ہوتے ہیں، اور دوسرے خطوں کے غدے بعض اوقات جس پذیر ہوتے ہیں۔ کھسرا میں ممکن ہے جبڑے کے زاویوں کے نیچے ذرا سا ورم ہو۔ کبھی کبھی موخر غدے متاثر ہوتے ہیں، اسی طرح جس طرح کہ حمیرا میں۔ حمیرا میں گردن کی پشت پر غدوں کی امتیازی کلانی پائی جاتی ہے۔

طفحہ کی نوعیت - قرمزیہ میں باریک بثور پائے جاتے ہیں، اور ایک عمومی احمرار ہوتا ہے جو اکثر اوقات اینٹ جیسی سرخ رنگت کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے یہ جوارح پر چکتی دار ہو۔ جلد کا کسی قدر ظاہری ورم پایا جاتا ہے۔ کھسرا میں دھبے بڑے اور سرخ ہوتے ہیں۔ وہ متعین چکتیاں بناتے ہیں جو خمدار خاکوں والی ہوتی ہیں۔ حمیرا میں دھبے اس سے زیادہ چھوٹے، زیادہ گول اور زیادہ گلابی ہوتے ہیں کہ جتنے کھسرا میں پائے جاتے ہیں۔ وہ زیادہ الگ تھلگ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات وہ مل جل کر چکتیاں بھی بناتے ہیں۔

طفحہ کی توزیع - قرمزیہ میں ہتھیلیاں، تلوے اور چہرہ، سرخی لیے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن طفحہ سے متاثر نہیں ہوتے۔ نمایاں گرد فمی شحوب (circum-oral pallor) پایا جاتا ہے۔ جلدالراس بھی بچ جاتی ہے۔ کھسرا اور حمیرا میں تمام حصے متاثر ہوتے ہیں، اور گرد فمی خطہ پر تو نہایت کثرت سے حملہ ہوتا ہے۔

بحار (Fever) - قرمزیہ میں ارتفاع تپش نمایاں اور نبض تیز ہوتی ہے، گلے کی سوزش بڑی نمایاں ہوتی ہے، اور تالو کا شدید اشراب پایا جاتا ہے۔ اگر عفونی شکل کو چھوڑ دیا جائے، تو بالعموم کوئی شعبتی نازلت نہیں

پائی جاتی۔ تپ کا نزول یا انقطاع کسیقدر آہستہ ہوتا ہے۔ کھسرا میں ارتفاع تپش متعین ہوتا ہے، اور سخت بنیتی اختلال پایا جاتا ہے، گو کہ گلے کی سوزش نہیں ہوتی۔ ۹۰ فیصدی سے اوپر اصابتوں میں خدی غشائ مخاطی پر کاپلک کے داغ پائے جاتے ہیں۔ شعبتی نازلت ایک عام چیز ہے، اور اس سے اکثر اوقات شعبتی ذات الریہ پیدا ہوجاتا ہے۔ حمیرا میں ارتفاع تپش خفیف ہوتا ہے، اور بعض اوقات بالکل ناپید ہوتا ہے، اور مریض اپنے آپ کو بھلا چنگا محسوس کرتا ہے۔ گلے کی سوزش اگر موجود بھی ہوتی ہے تو بہت خفیف ہوتی ہے۔ بالعموم شعبتی نازلت بالکل نہیں ہوتی۔

زبان۔ قرمزیہ میں زبان تیزی سے تین درجوں میں سے گذرتی ہے، فردار سرخ کناروں والی، چکنی دار، اور اسٹرابری کی طرح۔ کھسرا میں زبان پر خوب تہ جمی ہوتی ہے۔ ممکن ہے یہ چکنی دار ہو، لیکن تمثیلی طور پر اسٹرابری کی طرح تو کبھی نہیں ہوتی۔ حمیرا میں ممکن ہے خفیف فر پائی جائے۔

طفحہ کے زائل ہوجانے کے بعد جلد کی حالت۔ قرمزیہ میں جلد کسیقدر غیرشفاف دکھائی دیتی ہے جیسے کمایا ہوا چمڑا ہوتا ہے۔ وہ لون کی وجہ سے کم و بیش سانولی ہوتی ہے۔ تقشر اکثر آلپن کے سوراخ اور ندف کی قسم کا ہوتا ہے۔ آلپن کے سوراخ شروع میں بہترین طور پر گردن پر دیکھے جاتے ہیں۔ تقشر اکثر نہایت ہی بہتات سے ہوتا ہے۔ کھسرا میں میلی بھوری چتیاں پائی جاتی ہیں۔ تقشر باریک اور سبوسی ہوتا ہے، اور زیادہ افراط سے نہیں ہوتا۔ حمیرا میں چند دن تک ہلکا زردی مائل بھورا لون پایا جاتا ہے، لیکن یہ عام نہیں ہے۔ تقشر بالعموم قریب قریب ناقابل لحاظ ہوتا ہے۔

چیچک

SMALL-POX

(Variola: جلا کاری)

چیچک ایک نوعی متعدی مرض ہے، جس میں ایک ممیز قائحی ثوران پایا جاتا ہے۔ یہ ایک قشب کے باعث ہوتا ہے، جو غالباً وراء خردبینی ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض صرف تعدیہ کے ذریعہ پیدا ہوتا ہے بلاشک وشبہ یہ خاص طور پر اس کرۂ ہوائی کے سونگھنے سے پیدا ہوتا ہے کہ جو سرایت زدہ اشخاص کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے۔ جب اصابتیں شفاخانہ میں اکٹھی ہوجاتی ہیں، تو یہ یقین کیا جاتا ہے کہ ہوائی حل کے ذریعہ سرایت کم از کم پون میل تک واقع ہوتی ہے۔ یہ کپڑوں، بستر اور دوسری چیزوں کے ذریعہ بھی منتقل ہوتی ہے کہ جو مریض کے ساتھ متماس رہی ہوں۔ مرض کو، قائحات کے مافیہا کے ذریعہ بھی تطعیم کیا جاسکتا ہے۔ مریض ثوران سے پہلے ہی سرایتی ہوتے ہیں۔ بلکہ مرے ہوئے لوگوں کی لاشوں تک سے قشب نکلتا ہے۔ مرض کے لیے اثرپذیری تمام عمروں اور دونوں صنفوں میں یکساں ہے بلکہ رحم میں کا جنین بھی اسے ماں سے حاصل کرسکتا ہے۔ تاہم اسوقت اور زندگی کے پہلے سال میں یہ کہا جاتا ہے کہ اثرپذیری، بعد کے زمانہ کی نسبت کم ہوتی ہے۔ مرض ایک ہی فرد میں عام طور پر صرف ایک ہی مرتبہ واقع ہوتا ہے۔ تاہم کبھی کبھی دوسرے اور تیسرے حملے بھی واقع ہوتے ہیں۔ 29
دوسرا حملہ ممکن ہے پہلے حملہ سے بھی زیادہ شدید ہو۔ اکثر اوقات یہ خفیف تر ہوتا ہے۔

جب سے اٹھارویں صدی کے ختم پر جدرین رسانی کا رواج ہوا ہے، مرض میں مبتلا ہونے کی قابلیت، اور اسی وجہ سے وباؤں کی تعداد اور شدت بے حد گھٹ گئی ہے۔ مثلاً اس ملک میں پچھلی صدی کے وسط میں چیچک سے

سالانہ کئی ہزار موتیں ہوتی تھیں (2)۔ ۱۸۷۱ء میں جبکہ فرانسیسی پروشیائی جنگ کے زمانہ میں یورپ سے آئے ہوئے پناہ گزینوں کے ساتھ سرایت داخل ہوئی، تو اموات کی تعداد ۲۳۰۰۰ تک پہنچ گئی ۔ اس زمانہ سے لیکر برابر تخفیف ہوتی رہی ہے، اور ۱۹۰۵ء سے لیکر اموات کی تعداد ہمیشہ ۳۰ سے نیچے رہی ہے ۔ یہ موافق نتیجہ خاص طور پر جدرین رسانی ہی سے پیدا نہیں ہوا، کیونکہ پیدائشوں کی تعداد کے مقابلہ میں جدرین رسیدہ شیرخوار بچوں کا تناسب اس صدی کے آغاز سے کم ہوگیا ہے ۔ بلکہ یہ نتیجہ اس وجہ سے پیدا ہوا ہے کہ جب سے مرض کو واجب الاطلاع قرار دیا گیا ہے تشخیص کی سہولتیں بڑھ گئی ہیں، نیز غالباً اس وجہ سے بھی کہ آجکل انگلستان میں مرض کی خفیف شکل واقع ہوتی ہے ۔

چیچک کی وبائیں شدت میں اختلاف پذیر ہوتی ہیں، خفیف تر شکل کو اب جدری صغیر (Variola Minor) کہتے ہیں ۔ ابتدائً یہ افریقہ اور امریکہ میں "ایلاسٹرم" ("alastrim") کے طور پر ہوتی تھی ۔ ایشیا اور یورپ کی زیادہ شدید شکل کو اب جدری کبیر (Variola Major) کہتے ہیں ۔ دونوں شکلیں، مجموعی حیثیت سے، اپنی اصلی نوعیت کے مطابق پھیلتی ہیں ۔ تاہم دونوں ایک ہی مرض ہیں، جیسا کہ مناعتی تعاملات سے ثابت ہوتا ہے ۔

مرضی تشریح ۔ نزفی اصابتوں میں ٹھوس احشاء میں خون انصباب شدہ پایا جاتا ہے ۔ فالجات کا امتحان کرنے پر یہ دیکھا جاتا ہے کہ یہ عمل، ادمہ کی حلیمی تہ کی بیش دمویت سے شروع ہوتا ہے ۔ پھر بر جلد کی اوپری تہ، زیادہ گہری تہوں سے اوپر ابھر کر ایک آبلہ پیدا کردیتی ہے ۔ نافیتی (umbilication) بعض اوقات ایک بال پر منحصر ہوتی ہے، یا عرقی غدے کی قناۃ پر منحصر ہوتی ہے جو اس مقام پر تمدد کو روکتی ہے ۔ یا وہ محض شبکۂ میلپیجیائی (rete Malpighi) کے خلیات کے تن کر ایک ریشہ بن جانے پر منحصر ہوتی ہے ۔ اسی طریقہ سے بند اور ریشے بھی بن جاتے ہیں جو فاصلات کا کام

کرتے ہیں اور آبلہ کو خانوں (loculi) میں بانٹ دیتے ہیں۔ تقیح کے مابعد درجوں میں، مرکزی بند یا ضابطہ (retinaculum) کے ٹوٹ جانے کے باعث، قائحہ نیم کروی ہوجاتا ہے۔ ندبات اوپری ہوتے ہیں یا گہرے ہوتے ہیں۔ یہ چیز اس پر منحصر ہوتی ہے کہ تقیحی عمل سے جلد کی حلیمی تہ کس حد تک ماؤف ہے۔ پیپ اور مختلف اعضا میں، ثانوی سرایت سے پیدا شدہ خرد نیفات پائے گئے ہیں۔ جگر کے خلیات، مرض کے شروع میں ہی شحمی انحطاط ظاہر کرتے ہیں۔

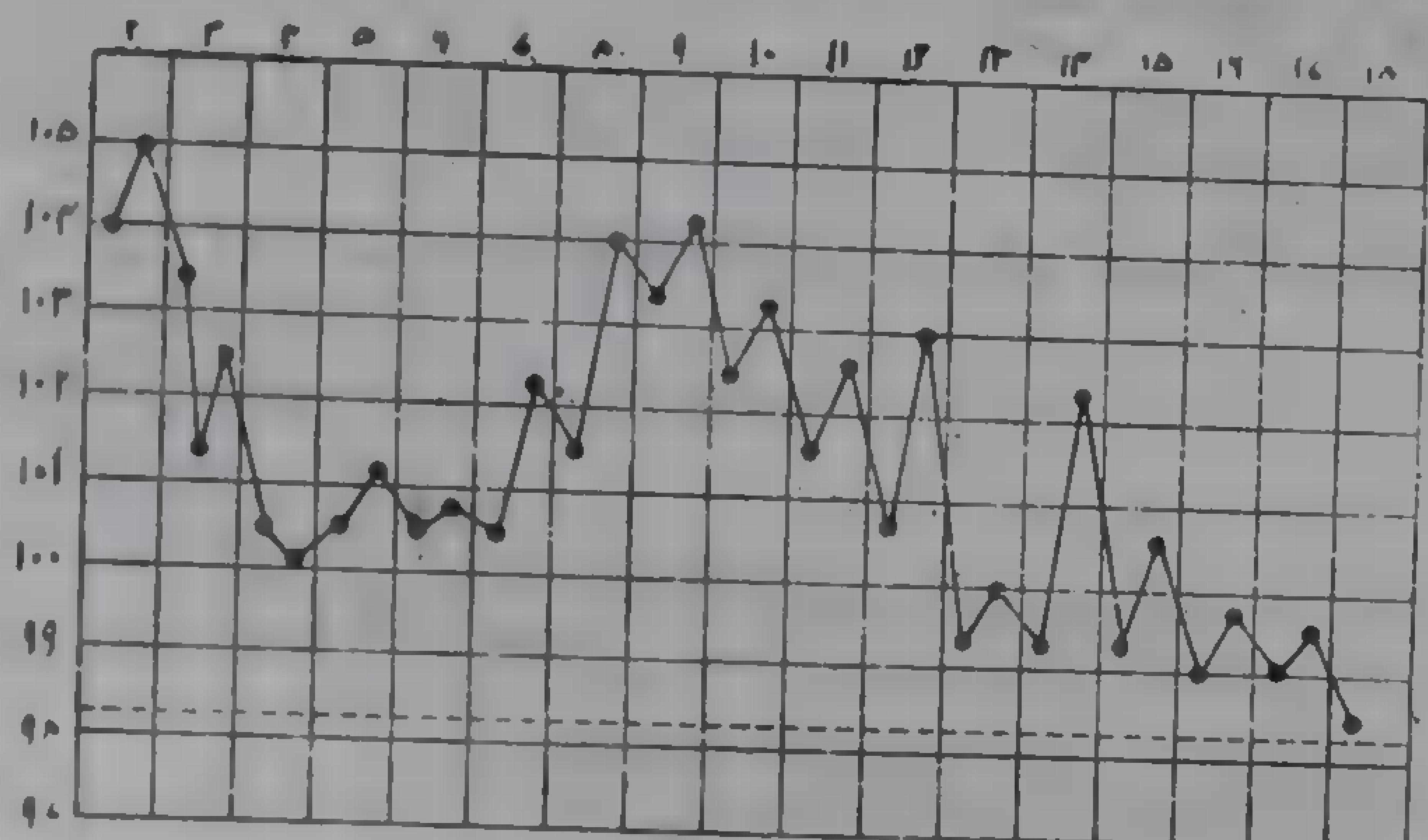
جدری کبیر (Variola Major)۔ حضانت کی مدت دس دن سے لیکر چودہ دن تک ہوتی ہے۔ مرض بیشتر یکایک اسطرح شروع ہوتا ہے کہ اس کے ساتھ ایک واضح لرزہ یا سردی لگنے کا احساس، شدید درد پشت (قطنی عجزی درد)، شدید درد سر، اور قے اور انبطاح واقع ہوتا ہے۔ تپش تیزی سے بڑھ کر ۱۰۲°، ۱۰۳° یا ۱۰۴° ہوجاتی ہے۔ اگلے دن وہ اور بھی بلند تر ہوتی ہے (تصویر ۳)۔ تیسرے روز تمثیلی ثوران نمودار ہوتا ہے لیکن متعدد اصابتوں میں ابتدائی درجوں میں بعض طفحات واقع ہوتے ہیں۔ تشخیصی اغراض کے لئے ان طفحات سے واقفیت حاصل کرنا اہم ہے۔

ابتدائی ثورانات۔ یہ ہیں (۱) احمراری اور (۲) نزفی۔

(۱) احمراری طفحہ، نزفی طفحہ سے پہلے نمودار ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ خفیف یا ترمیم یافتہ چیچک میں، یہ طفحہ بے قاعدہ شکل کی چکتیوں کی صورت اختیار کرتا ہے۔ یہ سریع الزوال ہونے اور ایک جگہ سے دوسری جگہ جانے کا رجحان رکھتی ہیں۔ یہ سطح سے قابل لحاظ طور پر ابھری ہوئی نہیں ہوتیں یہ طفحہ کھسرا سے مشابہ خیال کیا جاتا ہے، لیکن یہ شاذ ہی چہرے پر زیرین جبڑے کے لبوں سے اوپر پھیلتا ہے۔ شدید چیچک میں احمرار، جوارح کی بیرونی سطح پر اور دھڑ پر شوخ رنگت کے اور خوب واضح حاشیوں والے بڑے رقبہ جات یا رقعات (plaques) بنا دیتا ہے۔ زیادہ شاذ طور پر یہ ہوتا ہے کہ پوری جسمانی سطح احمرار کی ایک مسلسل چادر سے ڈھک جاتی ہے۔

لیکن یہ احمرار منقط نہیں ہوتا جیسا کہ قرمزیہ میں ہوتا ہے۔

(۲) نزفی طفحات، سرایت کا ایک زیادہ شدید درجہ ظاہر کرتے ہیں - یہ خموں کے ساتھ ایک مخصوص لگاؤ ظاہر کرتے ہیں - ممکن ہے یہ احمرار کے طور پر شروع ہوں - ایک نہایت ممیز طفحہ وہ ہے جسے "مثلث طفحہ" کہتے ہیں - یہ شکم کے زیرین نصف پر، ناف سے نیچے جاتا ہے، جنگاسوں کو ڈھانکتا ہے، اور پھیل کر رانوں پر چلا جاتا ہے - یہ ایک الٹے مساوی الساقین 30



تصویر ۳ - چیچک میں تپش (اسٹرمپل :Strümpell کی تقلید میں۔)

مثلث کی شکل رکھتا ہے، جس کا قاعدہ ناف کے لیول کے برابر ہے۔ یہ اکثر اوقات بغلوں میں، اور بازوؤں اور دھڑ کے ہم پہلو حصوں پر بھی پایا جاتا ہے - یہاں سے یہ پہلوؤں پر سے ہوتا ہوا نچلی چکتیوں تک پھیل جاتا ہے۔ یہ چھوٹے چھوٹے نزفی دھبوں یا نمشات پر مشتمل ہوتا ہے، جو زائل ہونے پر کچھ دیر تک بھورے یا زردی مائل بھورے دھبے باقی رہنے دیتا ہے - یہ ابتدائی طفحات عام طور پر دوسرے دن نمودار ہوتے ہیں اور تقریباً ۲ دن تک قائم رہتے ہیں - یہ بثوری قوران کے ابتدائی درجہ کے وقت موجود ہوتے ہیں،

لیکن اسکے پورے نمو سے پہلے ہی غائب ہو جاتے ہیں۔
زنفی طفحہ کی ایک اور قسم جلدی پرپورا (purpura variolosa) ہے جو کہ مرض کی ایک نہایت ہی شدید قسم ہے۔ دوسرے دن، یا پہلی علامت سے ۲۴ گھنٹے کے اندر ہی، ایک قرمزیہ نما طفحہ نمودار ہوتا ہے، جس کے جلد ہی بعد زیر جلدی نزف واقع ہوتا ہے۔ یہ جزوی طور پر نمشی اور جزوی طور پر بڑی بڑی چکتیوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ چہرہ سرخ اور پھولا ہوا ہوتا ہے اور آنکھیں ابتلال زدہ ہوتی ہیں۔ ممکن ہے صفراوی مادہ یا خون کی قے ہو۔ اس کے ساتھ خون آلود پاخانے آتے ہیں، اور پیشاب میں البیومن یا خون پایا جاتا ہے۔ ذہن، خاتمہ سے ذرا پہلے تک درست حالت میں رہتا ہے۔ استثنائی طور پر ہذیان یا قوما بھی دیکھا جاتا ہے۔ یہ اصابتیں تقریباً ہمیشہ مہلک ثابت ہوتی ہیں۔ اکثر اوقات وہ آغاز سے تین دن کے اندر، بلکہ اس سے بھی پہلے مہلک ہوتی ہیں۔

نوعی یا ماسکی ثوران (Specific or Focal Eruption)۔

عام طور پر یہ بیماری کے تیسرے دن، چہرہ، پیشانی، اور جلد الراس پر چھوٹے چھوٹے سرخ بثور کے بنجانے سے شروع ہوتا ہے۔ یہ بثور بعد ازاں، سینہ، پشت، بازوؤں اور ہاتھوں اور آخرکار جسم کے نچلے حصہ، ٹانگوں اور پاؤں پر نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ بہت جلد اُبھر آتے ہیں۔ یہ سخت ہوتے ہیں، اور انگلی کو ایسا محسوس ہوتا ہے گویا یہ گہرے پھیلے ہوئے ہیں۔ اس حالت کو بعض اوقات "چھرے نما" کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ ان کے ظہور کے دوسرے دن کے ختم کے قریب ان کے مرکز میں ایک چھوٹا سا آبلہ نمودار ہو جاتا ہے۔ یہ پہلے پہل صاف اور شفاف ہوتا ہے۔ جب اگلے دو دنوں میں یہ زیادہ بڑا ہوتا ہے، تو اس میں ایک نہایت ہی ممیز تغیر واقع ہوتا ہے۔ مرکز دب جاتا ہے، اور محیطی حصہ اس کے گرد ایک ابھرا ہوا حلقہ بناتا ہے۔ اس عمل کو آبلہ کی نافیئی (umbilication) کہتے ہیں۔ اگر آبلہ میں

کچوکا دیا جائے تو مشمولہ مصل کی محض ایک تھوڑی سی مقدار نکلتی ہے۔ بقیہ مقدار کو فاصلات محسوس رکھتے ہیں، جو آبلہ کو علیحدہ علیحدہ کہفوں یا خانوں (loculi) میں بانٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ جوں ہی کہ آبلہ کی نافینی واقع ہوتی ہے اس کے مشمولات زیادہ غیرشفاف ہوجاتے ہیں۔ آخرکار تقریباً چھٹے روز (جو کہ مرض کا آٹھواں روز ہے) مشمولات پورے طور پر قیحی ہوجاتے ہیں۔ جسوقت آبلہ میں یہ تغیر ہورہا ہوتا ہے، گرد و پیش کی جلد گلابی ہوجاتی ہے اور اُس کے گرد ایک التہابی ہالہ بنادیتی ہے۔ اگر بہت سے قائحات ہوں، جیساکہ چہرہ پر، تو اس چیز سے بے حد ورم پیدا ہوجاتا ہے۔ اکثر اوقات یہ اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ چہرے کے خدوخال کو پہچاننا بالکل ناممکن ہوجاتا ہے۔ جلداِس تنیدہ اور الیم ہوجاتی ہے۔ اکثر اوقات انگلیاں بھی اسی وجہ سے بے حد پھولی ہوئی ہوتی ہیں۔ تقیح کا درجہ، دو یا تین دن تک رہتا ہے۔ اس کے بعد قائحات رفتہ رفتہ سوکھ جاتے ہیں۔ یہ عمل مرکز سے شروع ہوتا ہے، اور آخرکار ایک بھورا یا سیاہی مائل بھورا کھرنڈ بنجاتا ہے جو کئی دن تک چپکا ہوا رہتا ہے۔ بعض اوقات تجفیف سے پہلے، آبلہ سے کسیقدر پیپ نکل جاتی ہے۔ سوکھنے کے عمل کے ساتھ ساتھ چہرہ اور دوسرے حصّوں کا ورم کم ہوجاتا ہے۔ آخرکار کھرنڈ بھی جھڑجاتا ہے، اور اس کے بعد ایک تاریک سرخ دھبّہ باقی رہ جاتا ہے۔ یہ دھبہ پہلے پہل سطح سے ذرا سا
ابھرا ہوتا ہے، لیکن چند ہفتوں کی مدت میں ایک دبا ہوا سفید ندبہ بنادیتا ہے۔ 31
قائحات سب سے زیادہ افراط کے ساتھ چہرہ پر، اور ہاتھوں کی پشت پر بنتے ہیں۔ دھڑ پر اور جوارح کے ڈھکے ہوئے حصّوں پر وہ کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ جن حصّوں پر ابتدائی احمراری اور نمشی طفحات ہوئے تھے اکثر کہا جاتا ہے کہ ان پر نوعی ثوران ہونے کا کم امکان ہوتا ہے۔ ثوران کے تمام درجے سب سے پہلے چہرے پر واقع ہوتے ہیں اور پھر ایک یا دو دن بعد، دھڑ اور جوارح پر واقع ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ ان حصّوں پر کہ جو خراشیدہ ہیں، مثلاً لصقات یا آبلہ خیز دوائیں لگانے سے، قائحات کی " افراط سے تکوین

ہونے کا امکان ہے۔ قائحات صرف جلد ہی تک محدود نہیں ہوتے۔ وہ مخاطی غشاؤں پر بھی واقع ہوتے ہیں۔ وہ منھ، اور سخت اور نرم تالو پر خصوصیت کے ساتھ دیکھے جاتے ہیں۔ لیکن اُس متواتر نمی کے باعث جو ان کو پہنچتی رہتی ہے ان کا منظر اس سے مختلف ہوتا ہے کہ جو جلد پر ہوتا ہے۔ ایسا شاذ ہوتا ہے کہ وہ نمویاب ہوکر پورے پورے قائحات بنجائیں۔ وہ محض خاکستری یا موتیوں جیسے ابھار ہوتے ہیں، جن کے خراشیدہ ہونے اور اسطرح اوپری تاکلات یا قروح بنانے کا امکان ہوتا ہے۔ زبان پر عام طور پر ایک تہ جمی ہوئی ہوتی ہے۔ وہ کم و بیش قائحات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ شاذ طور پر اس کا جرم بھی التہاب زدہ ہوتا ہے۔ حنجرہ کا تقرح بلکہ گرد غضروفی التہاب (perichondritis) تک واقع ہوسکتا ہے۔ یہ عمل انفی غشاء مخاطی تک پھیل سکتا ہے۔ چنانچہ ورم، اور کھرنڈوں کے بنجانے سے سانس میں رکاوٹ واقع ہوتی ہے۔

خفیف اصابتوں میں، اولی تتپ، نوعی ثوران کے نمودار ہونیکے ساتھ کم ہوجاتی ہے (تصویر ۳)، اور تپش بالکل طبعی ہوجاتی ہے۔ بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ وہ مریض جو کہ پہلے تین دن گھر پر ٹھیرے رہے ہوں اپنے طبیب کے پاس یا شفاخانہ میں چلے جاتے ہیں۔ ان کا حال یہ ہوتا ہے کہ تمام جسم پر کثرت سے بثور ہوتے ہیں، لیکن ان کی طبیعت نسبتہً اچھی ہوتی ہے۔ یہی نہیں کہ ان کو بخار نہیں ہوتا، بلکہ ان کو دردسر، دردکمر، قے اور عام کسلمندی بھی نہیں ہوتی۔

لیکن جب دانے پیپ دار ہوجاتے ہیں تو بخار کا دوبارہ حملہ ہوتا ہے۔ یہ ثانوی یا عفونی بخار ہے۔ یہ سردی لگنے یا لرزہ سے شروع ہوتا ہے، اور تین سے لیکر چھ یا آٹھ دن تک رہتا ہے (تصویر ۳)۔ تپش ۱۰۳° یا ۱۰۴° تک بڑھ جاتی ہے۔ اس کا مر بیشتر متفتر ہوتا ہے اور اس کے ساتھ بے خوابی، دردسر، اور ہذیان اور ۱۰۰ سے ۱۲۰ تک کی نبض پائی جاتی ہے۔ جوں ہی کہ کھرنڈ سوکھنے لگتے ہیں یہ سب کچھ

دوبارہ کم ہوجاتا ہے، اور جلد کا ورم گھٹ جاتا ہے۔ جسوقت کھرنڈ جھڑتے ہیں تو بعض مریضوں کے بال، بلکہ ناخن تک گرجاتے ہیں۔

ملتقی چیچک (Confluent small-pox)۔ یہ ایک ایسی شکل ہے جس میں ثوران بڑی افراط سے ہوتا ہے، اور عمومی علالت اسی نسبت سے شدید بھی ہوتی ہے۔ ابتدائی تپ بلند ہوتی ہے۔ تپش، طفحہ نمودار ہونے پر گرکر طبعی نہیں ہوتی، جیساکہ وہ خفیف اصابتوں میں ہوجاتی ہے۔ طفحہ جلد نمودار ہوتا ہے، یہانتک کہ دوسرے دن ہی، اور وہ بڑی بہتات سے ہوتا ہے۔ چنانچہ چہرے پر، جو کہ بیشتر متاثر ہوتا ہے، قائحات پاس پاس واقع ہوتے ہیں۔ جلد بے حد متورم ہوتی ہے، اور تقیح کے درجہ میں بہت سے قائحات مل جلکر بے قاعدہ اور کم و بیش وسیع پیپ دار پھپھولے بنادیتے ہیں۔ ناک، گلے اور حنجرہ کی ماؤفیت نسبتہً زیادہ کثرت سے ہوتی ہے اور زیادہ شدید بھی ہوتی ہے۔ ثانوی بخار بھی زیادہ بلند ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ انبطاح، تیز نبض، اور ہذیان یا قوما پایا جاتا ہے۔ پیچیدگیاں زیادہ کثرت سے ہوتی ہیں اور زیادہ تشویشناک ہوتی ہیں۔ شرح اموات بہت زیادہ ہے۔ موت، خستگی یا مفرط تپ، یا تقیح الدم (pyæmia) کا نتیجہ ہوتی ہے۔

خبیث چیچک (Malignant small-pox) یا جدری پرپیورا (purpura variolosa)، جس میں پہلے ۴۸ گھنٹہ کے اندر جلد میں نزفات واقع ہوجاتے ہیں، اس کا ذکر پہلے آچکا ہے۔ ایک دوسری شکل میں نزفی رجحان، بعد میں ظاہر ہوتا ہے۔ نوعی ثوران نمودار ہوتا ہے، اور پھر نزف بثور میں واقع ہوتا ہے۔ یا وہ بعد میں قائحات میں، یا قائحات کے بیچ کی جلد میں واقع ہوتا ہے۔ نمشات اکثر اوقات پہلے زیرین جوارح میں واقع ہوتے ہیں۔ نیز مخاطی غشائیں بھی نزفات سے، یا غشائی چکنیوں سے متاثر ہوجاتی ہیں۔ ناک، پھیپھڑوں، مستقیم، گردوں یا رحم سے ادماء واقع ہوتا ہے۔ یہ اصابتیں بیشتر مہلک ثابت ہوتی ہیں۔

جدریٔ صغیر (Variola Minor) ۔ جدرین نارسیدہ میں، آجکل انگلستان کے اندر مرض کی نہایت ہی خفیف شکل کی خصوصیات یہ ہیں۔ شرح اموات ۲ء۰ فیصدی ہے۔ مرض کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے یا غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ درد سر، کپکپی، کسلمندی، ارتفاع تپش، جوارح میں درد، اور استثنائی طور پر درد پشت ہوتا ہے، اسی طرح جسطرح انفلوئنزا میں، منندر طفحات یا نزفات بالکل نہیں ہوتے، اور نہ انبطاح ہوتا ہے۔
32 ماسکی ثوران تیسرے دن کے ختم پر ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ بعض اوقات وہ بہت دیر میں یعنی ساتویں یا آٹھویں دن نمودار ہوجاتا ہے۔ وہ سب سے پہلے چہرے پر نمودار ہوتا ہے، چند گھنٹے کے بعد وہ پیش بازوؤں اور دھڑ پر نمودار ہوتا ہے، اور بارہ گھنٹے کے بعد وہ زیریں جوارح پر ظاہر ہوتا ہے۔ دانے زیادہ چھوٹے ہوتے ہیں، اور زیادہ اوپری طور پر واقع ہوتے ہیں۔ ان کا ارتقاء اس سے زیادہ تیز ہوتا ہے کہ جتنا قشبی چیچک میں ہوتا ہے۔ ان میں پورے طور پر تقیح واقع نہیں ہوتا، بلکہ وہ سوکھ کر کہربا کی طرح کے دانے بنجاتے ہیں۔ آبلے یک خانہ دار (unilocular) ہوتے ہیں۔ ان کی توزیع ویسی ہی ہوتی ہے کہ جیسی معمولی چیچک میں طفحہ کے غائب ہونے کے ساتھ ہی تمام بنیتی علامات جاتی رہتی ہیں، اور کوئی مزید ارتفاع تپش نہیں ہوتا (13) (52)۔

پیچیدگیاں اور عواقب (Complications and Sequelæ)

خاص طور پر یہ ہوتے ہیں:۔ پھوڑے اور سرخبادہ، التہاب ملتحمہ، اور بعض اوقات تقیحی التہاب قرنیہ کے باعث آنکھ کا تباہ ہوجانا۔ مزمن التہاب اذن، اور کان کی ہڈیوں کی بوسیدگی۔ جہانتک تنفسی نظام کا تعلق ہے، التہاب شعبتی، شعبتی ذات الریہ، اور ذات الجنب، اور حنجرہ میں وہ تغیرات جن کا اوپر ذکر کیا گیا ہے۔ عصبی نظام کے تعلق میں یہ چیزیں واقع ہوسکتی ہیں: فالج نصفی، جو غالباً شریانی علقیت یا التہاب دماغ و نخاع کا نتیجہ ہوتا ہے۔

یہ التہاب دماغ و نخاع ایسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ جدرین رسانی کے بعد پیدا ہوجاتا ہے۔

تشخیص (Diagnosis) ۔ اس پر بہترین طور پر، مرض کے درجے کے لحاظ سے غور کیا جاسکتا ہے۔ (۱) پیش ثورانی درجہ میں، کپکپی اور اس کے ساتھ سر اور پشت میں سخت درد اور قے کا واقع ہونا چیچک کی امتیازی خصوصیت ہے۔ لیکن اس سے انفلوئنزا، حاد رئیت، درد کمر، اور دوسرے حاد امراض کا بھی گمان ہوتا ہے۔ (۲) ابتدائی ثورانی درجہ میں شکم کے نچلے حصوں اور جنگاسوں میں نمشی ثورانات نہایت ممیز ہوتے ہیں۔ لیکن جب نزفات زیادہ عمومی ہوں (جدری پرپیورا)، تو پرپیورا، عفونت الدم، اور نمشات کے دوسرے اسباب مثلاً تپ قرمزیہ اور غذائی تسمم سے تفریق کرنی لازمی ہے۔ اسیطرح احمراری ثورانات قرمزیہ یا کھسرا سے قریبی طور پر مشابہ ہوسکتے ہیں۔ جدری کا قرمزیہ نما ثوران، منقط نہیں ہوتا۔ اس کے ہمراہ حلق کی سوزش بھی نہیں پائی جاتی۔ اسی طرح کھسرا نما ثوران، کھسرا کے ثوران کی طرح، اُبھرا ہوا نہیں ہوتا وہ چہرہ پر شاذ و نادر پایا جاتا ہے۔ آتشک بھی بعض اوقات چیچک کا سا ثوران ظاہر کرتی ہے۔ (۳) بثوری درجہ میں کا نومی ثوران سب سے پہلے چہرہ پر نمودار ہوتا ہے، اور دانے اکثر دو دو تین تین کے گروہوں میں ہوتے ہیں۔ ایسی صورت میں یہ ثوران بثوری احمرار سے، مثلاً بثوری کھسرا کے طفحہ سے مشابہ ہوسکتا ہے۔ (۴) آبلہ دار درجہ میں چیچک کو موتیا سیتلا (جس پر آگے چل کر صفحہ 35 پر بحث کی گئی ہے) اور داء الفقاع سے متفرق کرنے کی ضرورت ہوتی ہے (۵) قائحی درجہ میں چیچک قائحی اکزیما سے مشابہ ہوسکتی ہے۔ (۶) کھرنڈ بننے کے درجہ میں وہ مزمن ایکزیما یا تسلخی التہاب جلد سے مشابہ ہوسکتی ہے۔ (۷) آخر میں، کسی شخص میں حال ہی میں چیچک سے ندبات پیدا ہونے کے امکان پر غور کرنے کی ضرورت ہے۔ اس سے خاندان کے دوسرے افراد میں ایک مبہم حاد عارضہ کی نوعیت کا پتہ چلتا ہے۔ مریض کی حالیہ سرگذشت کی احتیاط سے کھوج لگانی چاہیئے۔

جدریٔ کبیر کا انذار، جدرین رسیدگی پر منحصر ہے۔ وہ تمام لوگ جن پر جدرین رسیدگی کے بعد چند سال کے اندر حملہ ہو، صحت یاب ہو جاتے ہیں۔ بعد کے برسوں میں کسی تحفظی عمل کی کھوج لگانا دشوار ہوتا ہے۔ تمثیلی نزفی شکل ہمیشہ مہلک ثابت ہوتی ہے، معمولی ملتقی اصابتوں میں سے تقریباً ایک تہائی، اور غیر ملتقی اصابتوں میں سے ۵ تا ۱۰ فیصدی مرجاتی ہیں۔ تقیح کی بہتات، ہلاکت خیزی کا سب سے یقینی ناپ ہے۔

علاج (Treatment)۔ علاج کے لئے عام اصول وہی ہیں جو سابق میں بیان کردہ سرایتی امراض کے ہیں۔ مریض کو علحدہ کردینا ضروری ہے۔ جب چیچک مہلک ثابت ہوتی ہے، تو موت، سب سے زیادہ عام طور پر دانوں کے تقیح سے پیدا شدہ ثانوی تپ کے درجہ میں واقع ہوتی ہے۔ سنہ ۱۹۱۱ء میں قاہرہ میں ڈریئر (Dreyer) نے جو طریقہ رائج کیا تھا، وہ شدید چیچک کے لئے سب سے بہتر علاج ہے۔ تمام بدن کی جلد پر ایک مرتبہ روزانہ پرمینگنیٹ کا ۳ یا ۵ فیصدی محلول لگادیا جاتا ہے۔ اگر جلد حس پذیر ہو تو ۵ء۱ فیصدی محلول استعمال کیا جاتا ہے۔ ملتقی اصابتوں میں بہترین یہ ہے کہ مریض کو روزانہ دو مرتبہ پاؤ گھنٹہ کے لیے جسمانی تپش پر ایک پرمینگنیٹ کے مغسل میں رکھدیا جائے۔ اس علاج سے، بشرطیکہ یہ جلد شروع کردیا جائے، یہ ہوتا ہے کہ قروح الفراش کی پیدائش اور عمومی عفونت نہیں ہونے پاتی، مریض کا آرام بڑھ جاتا ہے، اور خدمت گذاروں کی سرایت زدگی کا خطرہ گھٹ جاتا ہے۔ نیند لانے کے لئے افیم استعمال کی جاسکتی ہے۔ شدید اصابتوں میں ممکن ہے مہیجات کثرت سے دینے پڑیں۔

33 اگر کوئی جدرین نارسیدہ شخص چیچک کے خطرے میں پڑ گیا ہے، تو اس کو جھٹ پٹ جدرین رسیدہ کردینا چاہئے۔ یہ یقینی بات ہے کہ اس عمل سے مرض میں ترمیم واقع ہوکر اچھے نتائج نکلتے ہیں۔

جدرین رسانی

Vaccination

جدری البقر یا گاؤ چیچک کا قشب، وراء خردبینی عنصری اجسام ہیں جن کو پاشن کے اجسام کہتے ہیں (Paschen bodies) - یہ ضد جدرینی مصلات کے ذریعہ ملتزق ہوجاتے ہیں۔

چیچک کی تحریز (Prevention of Small-pox) - تطعیم

اور جدرین رسانی (Inoculation and Vaccination) - یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ چیچک کو، جب جلد کے نیچے ایک آبلہ کے مشمولات کی تطعیم کے ذریعہ منتقل کیا جائے تو وہ اس سے خفیف تر حملہ پیدا کرتی ہے کہ جتنا عام طور پر تعدیہ کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ اس مشاہدہ کی بنا پر فرد کو مرض کی زیادہ خطرناک شکلوں سے بچانے کے ذریعہ کے طور پر تطعیم کو استعمال کیا گیا۔ لیڈی میری وارٹلے مانٹیگو (Lady Mary Wortley Montagu) نے اسے انگلستان میں اٹھارھویں صدی کے اوائل میں رواج دیا۔ اس کی مثال کی بہتوں نے تقلید کی۔ لیکن اس عمل میں ایک تشویشناک دقت بھی تھی۔ تطعیم سے جو چیچک پیدا ہوتی تھی وہ اگرچہ خفیف ہوتی تھی تاہم متعدی تھی اسلئے مرض کے پھیلاؤ کو قطعی طور پر مدد ملتی تھی۔ بعد میں تطعیم کو بُرا سمجھا جانے لگا۔ آخر میں اس کی جگہ جدرین رسانی (vaccination) نے لے لی یعنی گاؤ چیچک یا جدری البقر کی تطعیم۔ اس کا عمل سب سے پہلے ۱۷۹۶ء میں جینر (Jenner) نے کیا۔ شیر خانوں میں یہ واقعہ مدت سے دیکھا جاتا تھا کہ گایوں میں تھنوں اور بالکھوں میں ایک قانحی مرض ہوجاتا ہے، جو اکثر ان کو دوہنے والے مردوں اور عورتوں میں اتفاقی طور پر منتقل ہوجاتا ہے۔ یہ اشخاص بعد میں چیچک کے لئے اثر ناپذیر ہوجاتے ہیں، خواہ یہ تعدیہ کے ذریعہ منتقل ہوئی ہو یا اس

تطعیم کے ذریعہ منتقل ہوئی ہو کہ جو اس زمانہ میں رائج تھی - اس کے برعکس یہ بھی دیکھا گیا کہ جن لوگوں کو چیچک ہو چکی ہو ان کو گایوں سے مرض نہیں لگتا۔ ان واقعات کی بنا پر جینر نے تجربات کئے۔ اس نے مریضوں میں گاؤ چیچک کی تطعیم کی۔ اس سے اس کے ممیز اثرات پیدا ہو گئے۔ بعد ازاں جینر نے یہ دیکھا کہ ان میں سے بعض مریض چیچک کے قشب کے لئے اثر ناپذیر ہیں، حالانکہ اس قشب سے دوسرے جدرین نارسیدہ اشخاص میں تمثیلی جدری البقر پیدا ہو جاتی ہے۔

گاؤ چیچک کو اس لمف کے ذریعہ جو کہ آبلوں میں پایا جاتا ہے ایک انسان سے دوسرے انسان میں متعدد مرتبہ منتقل کیا جا سکتا ہے اور اس سے نہ تو لمف کی مرض پیدا کرنے کی طاقت میں کچھ فرق آتا ہے اور نہ اسکی جدری سے بچانے کی قوت گھٹتی ہے - یہ بازو بہ بازو جدرین رسانی پرانے زمانے میں عام طور پر مستعمل تھی۔ کبھی کبھی اس سے آتشک اور دوسرے امراض منتقل ہو جاتے تھے - چنانچہ اب اس کو چھوڑ دیا گیا ہے اور اس کی جگہ ایسے بچھڑے سے کہ جس میں قشب کی تطعیم کی گئی ہو براہِ راست حاصل کئے ہوئے لمف کو استعمال کیا جانے لگا ہے - اس لمف کے رواج پانے میں کوپ مین (Copeman) کے مظاہرہ سے بڑی آسانی پیدا ہو گئی ہے۔ وہ یہ ہے کہ اگر کیمیائی طور پر خالص گلسرین کے پانی میں ۵۰ فیصدی محلول کے وزناً چھ حصوں کو بچھڑے کے لمف یا آبلہ کے گودے کے ایک حصہ میں اچھی طرح ملایا جائے اور بعد ازاں اس آمیزہ کو استعمال کرنے سے پہلے مہر زدہ شعری نلیوں میں روشنی سے بچا کر چند ہفتہ تک ذخیرہ کیا جائے، تو ایسی صورت میں یہ ہوتا ہے کہ اگر لمف میں کوئی نبقہ سبحیہ یا نبقہ عنبیہ موجود ہو تو وہ بالکل برباد ہو جاتا ہے - بلکہ اگر کوئی درنی عصیہ بھی داخل ہو گیا ہو تو وہ بھی کامل طور پر تباہ ہو جاتا ہے - بچھڑے کے گلسرین زدہ لمف کے استعمال کو ۱۸۹۸ء کے قانون جدرین رسانی (Vaccination Act) میں تسلیم کر لیا گیا -

جدرین رسانی کس طرح کی جاتی ہے - عملیہ کے لئے جو حصّہ چنا جاتا ہے وہ بالعموم بائیں بازو کی بیرونی جانب، عضلہ دالیہ (deltoid muscle) کی منتہا کے پاس ہوتا ہے۔ سب سے پہلے جلد کو اچھی طرح دھوکر بے عفونت کرلیا جاتا ہے۔ اس کو بائیں ہاتھ کے استعمال سے تان کر رکھا جاتا ہے۔ جدرین کو سوئی اور پچکاری کے ذریعہ دروں ادمی طور پر داخل کیا جاسکتا ہے۔ لیکن بالعموم ایسا کیا جاتا ہے کہ لمف کا ایک قطرہ جلد پر رکھدیا جاتا ہے، اور جارحہ کے لانبے محور میں اور لمف میں سے ٹھیک برجلد میں سے ایک $\frac{1}{8}$ انچ لمبی لکیر یا کھرونچا لگادیا جاتا ہے۔ لمف کو چاقو کیجانب سے کھرونچے میں آہستہ سے مسل دیا جاتا ہے، یا ایک سوئی بھی استعمال کرسکتے ہیں۔ اگر فوری طور پر کامیاب نتیجہ کی ضرورت ہو تو بازو کے مختلف حصوں میں چار تطعیمات تک کی جاسکتی ہیں۔ جب لمف سوکھ جائے تو ان نشانات پر نرم کولوڈین (flexible collodion) لگادی جاتی ہے۔ بعد میں جب آبلہ اٹھ آئے تو اس پر بورک نسالہ کی ایک گدی رکھدینی چاہیئے۔

انگلستان کے قانون کا یہ اقتضاء ہے کہ تمام بچوں کی چھ ماہ سے پیشتر جدرین رسانی کردی جائے۔ البتہ اگر والد یا والدہ اپنے اس دیانت دارانہ عقیدے کا قانونی طور پر اظہار کرے کہ اس عمل سے بچہ کی صحت پر مضر اثر پڑیگا تو ایسی صورت میں اس بچہ کو چھوڑ دیا جاتا ہے۔ تاہم جدرین رسانی اسی صورت میں کرنی چاہیئے جبکہ بچہ تندرست ہو، یعنی وہ اسہال یا اکزیما میں مبتلا نہ ہو۔ ہوسکتا ہے کہ چیچک کی موجودگی کی وجہ سے جدرین رسانی بالکل ہی ضروری ہوجائے۔ لیکن اگر بچہ کسی سرایتی مرض کے ماحول میں ہے یا گھر میں 34
سرخبادہ موجود ہے، تو ایسی صورت میں جدرین رسانی نہ کرنی چاہیئے۔ یہ بتانا ضروری ہے کہ اس چیز کے بارے میں کہ چیچک کو روکنے کے لئے جدرین رسانی کس طرح استعمال کی جائے، آج کل دو نظریات ہیں۔ ایک نظریہ میں شیرخوار بچہ کی جدرین رسانی پر زور دیا جاتا ہے۔ جہانتک ممکن ہو وقفوں

کے ساتھ جدرین رسانی کے اعادہ کے لئے کہا جاتا ہے۔ یہ کہا جاتا ہے کہ ایسے افراد جو کسی چیچک کی اصابت سے متماس رہے ہوں ان کو بھی جدرین رسیدہ کردینا چاہئے۔ دوسرے نظریہ میں شیرخوار بچہ کی جدرین رسانی کو غیراہم سمجھا جاتا ہے۔ شرط یہ ہے کہ تماس یافتوں کی جدرین رسیدگی ضرور عمل میں لائی جائے۔ جدرینی التہاب دماغ، جس کا آگے چلکر ذکر آئیگا، جدرین رسانی کی ایک نہایت ہی شاذ پیچیدگی ہے۔ یہ خاص طور پر پانچ اور پندرہ کے درمیان بچوں کو متاثر کرتی ہے اسوقت جبکہ ان کو ان عمروں کے درمیان پہلی مرتبہ جدرین رسیدہ کیا جائے۔ وزیر صحت کی رائے یہ ہے کہ جب تک اس ملک میں صرف جدری صغیر ہی موجود ہے، ایسے بچوں کی اولی جدرین رسانی پر زور دینا کوئی مصلحت نہیں ہے۔ اس کی سفارش کی گئی ہے کہ شیرخوار بچوں کی جدرین رسانی ۱۰ میں ۱ ہلکائے ہوئے لمف کے ذریعہ انجام دینی چاہئے۔ ایک ضمنی بات یہ بھی ہے کہ ایسے لمف سے بہت زیادہ تسلی بخش پھولے ہوئے "ٹیکے" ("takes") حاصل ہوتے ہیں (8)۔

انسان میں جدرین رسانی۔ جب گاؤ چیچک کے کسی آبلہ سے لمف لیکر انسانی جلد کے نیچے تطعیم کیا جاتا ہے تو دوسرے یا تیسرے دن کے ختم تک کچھ نہیں ہوتا۔ اس کے بعد تطعیم کے مقام پر ایک بثرہ نمودار ہوجاتا ہے۔ یہ جسامت میں بڑھتا جاتا ہے، اور چوتھے اور پانچویں دن ایک آبلہ بنجاتا ہے۔ یہ آبلہ بڑا ہوجاتا ہے اور ایک گول چھالا بنجاتا ہے۔ چھالا چپٹا یا مرکز میں نشیب دار ہوتا ہے اور اس کی رنگت پیلی خاکستری ہوتی ہے۔ آٹھویں یا نویں دن اس کے مافیہا قیحی ہونا شروع ہوتے ہیں، اور اس کے گرد التہاب کا ایک گلابی منطقہ بنجاتا ہے۔ آبلہ زیادہ غیرشفاف ہوجاتا ہے۔ سرخی کی وسعت زیادہ ہوجاتی ہے اور اس کے ساتھ صلابت پیدا ہوجاتی ہے۔ پڑوس کے لمفی غدد متورم اور الیم ہوجاتے ہیں۔ اسوقت خفیف درجہ کا بخار اور کسلمندی بھی موجود ہوتی ہے۔ دسویں یا گیارھویں دن کے قریب

قائحہ سوکھنا شروع ہوتا ہے، اور اگلے چند دن میں اس پر ایک بھورا کھرنڈ بنجاتا ہے - گردوپیش کا التہاب زائل ہوجاتا ہے - تیسرے ہفتہ کے ختم کے قریب چھلکا اتر جاتا ہے، اور ایک نشیب دار گڑھے دار، مستقل ندبہ باقی رہ جاتا ہے -

جدرین رسانی، اصابتوں کی اکثریت میں ایک کامل طور پر بے ضرر عمل ہے - تاہم کبھی کبھی حادثات بھی دیکھے جاتے ہیں - جدرین رسانی کے زخم پر سرخباد کا حملہ ہوسکتا ہے، جس طرح اتفاقی سرایت سے کسی دوسرے زخم پر ہوسکتا ہے - نہایت شاذ طور پر گنگرین ہوچکی ہے - ایک شاذ پیچیدگی بعد جدرینی التہاب دماغ ونخاع ہے، جس کا آگے چلکر ذکر آئیگا -

بعض اوقات خاطی گاؤ چیچک (aberrant vaccinia) کی اصابتیں دیکھی گئی ہیں - دودھ دوہنے والے، دودھ دُہتے وقت ہاتھوں پر تطعیم یافتہ ہوجاتے ہیں - مصنف نے ایک مریض دیکھا تھا جس میں قرنیہ پر تطعیم ہوجانے سے ایک آنکھ اندھی ہوگئی - انفرادی اصابتوں میں بازوؤں پر معمولی جدرین رسانی کے بعد، ہونٹوں، زبان، لوزہ، آنکھ کے پپوٹوں وغیرہ پر ثانوی جدری البقر ہونی بیان کی گئی ہے -

جدرین رسانی کا اعادہ (Revaccination) - پہلی جدرین رسانی کس حد تک کارگر ہوئی ہے یہ چیز بالعموم ندبات کی وسعت اور تعداد سے جانچی جاتی ہے - وبائی زمانوں میں مہلک اصابتوں میں، ندبات کی تعداد میں اور مہلک اصابتوں کی تعداد فیصدی میں ایک معکوس نسبت ثابت کی گئی ہے - شرح اموات ان لوگوں میں جن میں چار یا زیادہ ندبات ہوں سب سے کم ہوتی ہے - ان لوگوں میں جن میں صرف ایک ہی ندبہ ہو، اس سے زیادہ ہوتی ہے - اور ان لوگوں میں کہ جن میں جدرین رسانی ہونا بیان کیا جائے لیکن نظر آسکنے والا ندبہ بالکل نہ ہو، شرح اموات سب سے زیادہ ہوتی ہے - تاہم ہر صورت میں جدرین رسانی کا محافظ اثر صرف ایک محدود مدت کا ہوتا

ہے، غالباً بارہ سے لیکر پندرہ سال کا۔ لہٰذا یہ ضرورت پیدا ہوتی ہے کہ ہر شخص کو بچپن میں یا ابتدائی بلوغ میں از سرنو جدرین رسیدہ کیا جائے۔ بعد ازاں اگر چیچک کی وبا پھوٹ پڑے، تو اس کو کسی عمر پر بھی از سرنو جدرین رسیدہ کردینا چاہیئے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ پچھلا اثر کس حد تک زائل ہوا ہے، جدرین رسانی کے اعادہ کے نتائج مختلف ہونگے۔ ممکن ہے یہ بالکل ہی ناکام ثابت ہو، یا ممکن ہے اس سے ذرا سی مقامی خراش پیدا ہوجائے۔ یا پھر ممکن ہے کہ اس سے ایک تمثیلی آبلہ پیدا ہوجائے۔

موتیا سیتلا یا کنکر پتھر

CHICKEN-POX

(*Varicella*: جدیری)

موتیا سیتلا ایک نوعی، سرایتی مرض ہے جس کا امتیازی خاصہ آبلوں کا ثوران ہے۔ قشب کی نوعیت نامعلوم ہے۔ مرض عام طور پر بچوں میں ہوتا ہے لیکن ممکن ہے شیرخوار بچوں اور بالغوں پر بھی حملہ کرے۔ تعدیہ ہوا یا کپڑوں 35
کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ شاید یہ آبلوں کی پیپ یا کھرنڈوں سے بھی منتقل ہوتا ہے کیونکہ اس کی تطعیم کامیابی کے ساتھ کی گئی ہے۔ ایک حملہ سے مناعت پیدا ہوجاتی ہے کیونکہ ایک ہی شخص میں دوسرا حملہ ہونا شاذ ہے۔ اگرچہ اس کو چیچک سے اکثر گڈ مڈ کردیا گیا ہے، تاہم یقینی طور پر یہ ایک علیحدہ مرض ہے، جدیری اور نملہ نطاقی (herpes zoster) میں آپس میں قریبی تعلق ہے۔ کیا یہ دونوں ایک ہی قشب کا نتیجہ ہیں؟ (ملاحظہ ہو نملۂ نطاقی)۔

علامات (Symptoms)۔ حضانت کی مدت، گیارہ سے انیس دن تک ہے، ثوران، پہلے پہل گلابی دھبوں یا بثور پر مشتمل ہوتا ہے۔ ان پر بارہ سے چوبیس گھنٹوں میں آبلے نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ بالعموم تنیدہ، نیم کروی

اور قطر میں ۱/۸ تا ۱/۴ انچ ہوتے ہیں - پہلے پہل ان کا سیال شفاف اور بے رنگ ہوتا ہے، لیکن یہ بہت جلد دودھیا ہوجاتا ہے - پھر آبلہ سکڑ کر ایک زرد یا بھورا کھرنڈ بنجاتا ہے - یہ کھرنڈ چند دن تک ساتھ چپکا رہتا ہے، اور پھر اتر جاتا ہے، اور ایک گلابی دھبہ باقی رہ جاتا ہے - کامل طور پر بنے ہوئے آبلہ کے گرد ایک التہابی منطقہ پایا جاتا ہے - جوں ہی آبلہ سوکھتا ہے یہ التہابی منطقہ بھی زائل ہوجاتا ہے - بعض دانوں سے نشیب دار ندبات پیدا ہوجاتے ہیں، لیکن ایسے دانے کبھی زیادہ تعداد میں نہیں ہوتے -

حملہ کا زمانہ، حموی تعامل سے ظاہر ہوتا ہے، جو بالعموم بہت خفیف ہوتا ہے - اصلی طفحہ سے پہلے ممکن ہے ایک منتشر یا چکتی دار احمرار نکل آئے - تاہم اصلی طفحہ ۲۴ گھنٹہ میں ظاہر ہوجاتا ہے - یہ سب سے پہلے، اور سب سے زیادہ عام طور پر سینہ پر دیکھا جاتا ہے لیکن چہرہ، دھڑ اور جوارح بھی متاثر ہوتے ہیں - دھبے بہت زیادہ تعداد میں نہیں ہوتے - لیکن ان کے پہلے پہل نمودار ہونے کے بعد دو تین دن تک تازہ دھبے نمودار ہوتے رہتے ہیں - بالعموم وہ سب ملاکر ۵۰ سے ۲۰۰ ہوتے ہیں - چند ایک دھبے، منہ، تالو اور ہونٹوں کی غشاء مخاطی پر بھی ظاہر ہوجاتے ہیں - آبلوں سے پہلے جو بھی تپ رہی ہو، وہ چند گھنٹوں تک یا دو تین دن تک جاری رہتی ہے - تپ بالعموم ۱۰۲° سے اوپر نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے وہ ۱۰۴° تک پہنچ جائے - گردن کے لمفی غدے بڑے ہوجاتے ہیں - نہایت شاذ طور پر التہاب دماغ پیدا ہوجاتا ہے جو ایک اخیر علامت ہے (ملاحظہ ہو آگے چلکر) -

گنگرینی جدیری (Varicella Gangrenosa) میں بعض آبلے جسامت میں بڑھ جاتے ہیں - وہ قیحی ہوجاتے ہیں اور سرخی مائل بھورے یا سیاہ کھرنڈ بنا دیتے ہیں جن کے نیچے جلد کا اغتشاش واقع ہوتا ہے - آخر کار ان سے گول قرحات باقی رہ جاتے ہیں جن کے صاف کٹے ہوئے کنارے ہوتے ہیں - بچہ نہایت ہی علیل ہوتا ہے، اور ممکن ہے موت واقع ہوجائے -

حبابی جدایری (V. bullosa) میں معمولی آبلوں کے علاوہ بڑے بڑے حبابات (bullæ) پیدا ہو جاتے ہیں۔

ایسی اصابتیں بھی ہوئی ہیں کہ جن میں قائحات میں اور قائحات کے اردگرد، نیز جلد میں دوسرے نقطوں پر نزفات واقع ہوگئے ہیں۔ اسی طرح منہ، ناک، مہبل اور مستقیم سے ادماء واقع ہوا ہے اور مصلی غشاؤں کے نیچے نمشات پائے گئے ہیں۔ ان میں سے اکثر اصابتیں ہلاکت پر ختم ہوئی ہیں۔

جدیری کا علاج (Treatment of Varicella)۔ بچوں کو علٰحدہ کر دینا چاہیئے۔ لیکن بستر میں لٹانا ہمیشہ ضروری نہیں ہوتا۔ ہلکی غذا اور آنتوں کی طرف توجہ دینے کے سوا اکثر اور کسی چیز کی ضرورت نہیں ہوتی۔

چیچک اور موتیا سیتلا کی تفریقی تشخیص (Differential Diagnosis of Small-pox and Chicken-pox)۔ موتیا سیتلا کو بعض اوقات ترمیم شدہ چیچک سے علٰحدہ کرنا دشوار ہوتا ہے، اور آخرالذکر کی وباؤں میں موتیا سیتلا کو بھی "واجب الاطلاع" قرار دینے کی ضرورت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 13)۔ مقصد یہ ہے کہ صفائی کے حکام کی نظر سے چیچک کی کوئی اصابت چھوٹنے نہ پائے۔ چونکہ تپوں کی تشخیص میں ان دونوں حالتوں کی تفریقی تشخیص ایک اہم ترین چیز ہے، لہذا اس پر تفصیل کے ساتھ بحث کی جائیگی۔ (نیز ملاحظہ ہو چیچک کی تشخیص صفحہ 32)۔ پہلی چیز تو یہ ہے کہ مریض کو ایک پورے طور پر عمدہ روشنی میں دیکھا جائے۔ مریض کے کپڑے اتروا دینے چاہئیں اور اس کو تن ڈھانکنے کے لئے ایک کمبل اڑھا دینا چاہیئے۔ اس سے ایک وقت میں جلد کا زیادہ سے زیادہ حصہ دکھائی دیتا ہے۔

وینکلن (Wanklyn) (2) کے کہنے کے مطابق سریری مظاہر کے چار بڑے بڑے گروہ ہیں جو یہ ہیں:۔

(۱) انبطاح (prostration)۔ جب اس پر طفح کی گنجانی کے مقابلہ

میں غور کیا جائے تو یہ چیچک کی نہایت ہی بھروسہ کے قابل امارت ثابت ہوتی ہے ایک مفرط طفحہ جس سے پیشتر انبطاح بالکل ناپید ہو، چیچک کے بہت خلاف ہے۔

(۲) طفحہ کی توزیع سب سے زیادہ ضروری امر ہے۔ کلک ملارڈ (Killick Millard) (2) لکھتا ہے "(ا) سر اور گردن کا خیال نہ کرو۔ (۲) بقیہ جسم کو (ا) دھڑ اور (ب) جوارح میں بانٹ دو۔ اب اگر اضرار

36 احتیاط سے گننے پر جوارح پر زیادہ تعداد میں پائے جائیں تو سمجھو کہ اصابت تقریباً یقینی طور پر چیچک کی ہے۔ اور اگر اضرار دھڑ پر زیادہ تعداد میں ہیں تو پھر یہ یقینی طور پر موتیا سیتلا ہے۔ یہ سچ ہے کہ چند اصابتیں ایسی بھی ہوتی ہیں کہ جن میں اضرار تقریباً برابر طور پر بٹے ہوئے ہوتے ہیں۔ جو بھی غلطی کیجائے وہ خطرے سے خالی ہونی چاہئے، یعنی اگرچہ اصابت موتیا سیتلا کی ہو، چیچک کا شبہ کیا جاسکتا ہے، لیکن اس کا الٹ نہیں کیا جاسکتا۔ اسی لیے بہتر یہ ہے کہ امتحان میں اس چیز کا بھی اضافہ کرلیا جائے کہ سرینوں اور کاندھوں کو جوارح کے حصہ کے طور پر گنا جائے۔ تاہم حقیقت میں میرا یقین ہے کہ اگر امتحان سے صحیح نتائج کا زیادہ سے زیادہ تناسب حاصل کرنا ہے تو ان خطوں کو دھڑ کے حصہ کے طور پر گننا چاہئے۔

(۳) تحیز یا جلد کے اندر گہرائی - جدیری میں بثور اوپری ہوتے ہیں اور چیچک میں گہرے۔ ان اضرار کو جو کہ جلد کے زیادہ ملائم حصوں پر واقع ہوتے ہیں زیادہ خصوصیت سے دیکھنے کی ضرورت ہے۔ ان مقامات پر جلد میں اضافی گہرائی زیادہ آسانی سے پہچانی جاسکتی ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ انگلی اور انگوٹھے کے درمیان ایک ڈھیلا دہراؤ پھراکر ٹٹولا جائے۔

(۴) پختگی - اس کا یہ مطلب ہے کہ چیچک کا طفحہ ایک خاص شرح سے ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے، جلا یہاں ہیں بثور کی تنفیط چند گھنٹے کے اندر واقع ہوجاتی ہے۔ یہ ۲۴ گھنٹہ کے اندر یا زیادہ سے زیادہ ۴۸ گھنٹے کے اندر پوری ہوجاتی ہے۔ مافیہا گدلے ہوتے ہیں اور حقیقت میں قیحی

شاذ ہی ہوتے ہیں۔ طفحہ کے آغاز سے دو تین کے اندر دانے سوکھ جاتے ہیں۔ چیچک میں بثور کی تنفیط، بالعموم ۴۸ گھنٹہ کے بعد احتیاط سے معائنہ کرنے پر نظر آتی ہے۔ اس کے پورے ہونے میں ۴ دن اور لگتے ہیں شدید چیچک میں تقریباً سب کے سب دانے قائمی ہوجاتے ہیں، لیکن یہ تغیر طفحہ کے چھٹے دن جاکر پورا ہوتا ہے۔ جدری صغیر میں بہت تھوڑے دانے قائمی ہوتے ہیں۔ سارا طفحہ آبلہ خیز یا نیم قائمی درجہ میں دب جاتا ہے۔ اگر کوئی طفحہ بڑی ہو، اور تین چار دن تک ایسا ہی رہے، تو وہ چیچک نہیں ہوسکتا۔ ایک نزفی اصابت اکثر بثوری طفحہ کے نمودار ہونے سے تشخیص کی جاتی ہے۔ یہ بات پھر دہرائی جاتی ہے کہ چیچک کا طفحہ نمویاب ہوتا اور پختہ ہوتا ہے۔

کن پھیڑ (نکاف)

MUMPS

(نوعی التہاب نکفیہ: *Specific Parotitis*)

کن پھیڑ ایک نوعی متعدی مرض ہے۔ اس کا اصلی ضرر غدہ نکفیہ کا التہاب ہے۔

یہ زیادہ تر بچوں اور نوعمر بالغوں میں ہوتا ہے۔ کم عمر شیرخوار بچے اور زیادہ عمر کے لوگ بہت شاذ متاثر ہوتے ہیں۔ مرد عورتوں کی بہ نسبت زیادہ اثر پذیر ہیں۔ کوئی خرد عضویہ شناخت نہیں کیا گیا۔ لیکن ایسا معلوم ہوتا ہے کہ قشب تقطیر پذیر ہے، جس طرح کہ التہاب رماد النخاع کا قشب ہے، مرض زدہ نکفیہ کے مصل کو جب بندر کے نکفی غدوں میں مشرب کیا گیا ہے تو اس سے کن پھیڑ سے مشابہ علامات پیدا ہوگئی ہیں۔

علامات۔ حضانت کی مدت چودہ سے لیکر اٹھائیس دن تک ہے۔ آغاز، ایک دو دن تک خفیف کسلمندی سے ظاہر ہوتا ہے۔ تاہم پہلی علامت

اکثر ایک طرف کے جبڑے اور گال میں درد اور سختی کا احساس ہے - پھر بن گوش کے عین نیچے ورم واقع ہوتا ہے، جس سے بنِ گوش باہر کو دھکیلی جاتی ہے، اور جبڑے اور زائدہ حلمیہ کے درمیان کا نشیب پُر ہوجاتا ہے - پھر ورم اور نیچے، جبڑے کی فرع کے نیچے پھیل جاتا ہے، اور ممکن ہے اس سے تحت اللسانی اور تحت الفکی غدے ماؤف ہوجائیں - ایک دو دن کے بعد دوسری طرف کے غدے متاثر ہوجاتے ہیں، اور اس طرح ایک طرف سے لیکر دوسری طرف تک پورے جبڑے کے گرد ورم کا ایک حلقہ بنجاتا ہے - ورم، پھیکی رنگت کا، چمکدار، اور کثافت میں گندھے ہوئے آٹے کی طرح ہوتا ہے - جب اس کو چھوا جائے تو وہ الیم ہوتا ہے - لیکن تقیح شاذ ہی ہوتا ہے - اندرونی طرف، لوزتین اور حلقوم کسیقدر متورم ہوتے ہیں - اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دانتوں (منہ) کو بڑی مشکل سے کھولا جاسکتا ہے، بلکہ آدھ انچ یا تقریباً آدھ انچ سے زیادہ نہیں کھولا جاسکتا - چبانے اور نگلنے کے فعل میں بہت درد ہوتا ہے - جبڑے کو حرکت دینے پر جو درد ہوتا ہے وہ وثابی ہوتا ہے اور کچھ دیر تک جاری رہتا ہے - ریق کا افراز طبعی، یا بڑھا ہوا یا گھٹا ہوا ہوسکتا ہے - معتدل درجہ کا بخار موجود ہوتا ہے اور تپش اکثر اوقات ۱۰۲ درجہ تک پہنچ جاتی ہے - خون میں لمفی خلیات کی اضافی اور مطلق زیادتی پائی جاتی ہے، اور یہ حالت ۱۴ دن تک رہتی ہے - ورم سات سے دس 37
دن تک رہتا ہے اور پھر آہستہ آہستہ کم ہوجاتا ہے - مریض بالعموم تین ہفتہ کے اندر بالکل بھلا چنگا ہوجاتا ہے - کبھی کبھی غدے کے اوپر کی جلد کا تقشر واقع ہوتا ہے - کن پھیڑ کی ایسی اصابتیں بھی بیان کی گئی ہیں جن میں صرف تحت الفکی غدے ہی متاثر تھے -

پیچیدگیاں (Complications) - کن پھیڑ کا کبھی کبھی یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ ٹھیک اسوقت جبکہ کن پھیڑ گھٹ رہا ہوتا ہے، یعنی ساتویں یا آٹھویں دن، التھاب خصیہ (orchitis)، یا خصیوں کا التھاب واقع ہوتا ہے - ممکن ہے یہ اس سے پہلے یا اس سے بعد میں واقع ہو - بلکہ التھاب ملتحمہ

سے بھی پیشتر واقع ہو - یہ مردانہ اصابتوں میں ۲۰ تا ۳۰ فیصدی میں واقع ہوتا ہے ' اور لڑکوں کی نسبت بالغوں میں زیادہ عام ہے - یہ عمل بربخ (epididymus) میں شروع ہوتا ہے - خصیہ متورم ہوجاتا ہے ' اور ممکن ہے طبقۂ غمدیہ میں انصباب اور صفن کا اذیما پیدا ہوجائے - اس کے ساتھ درد اور الیمیت پائی جاتی ہے ' تپش زیادہ ہوجاتی ہے اور ممکن ہے ۱۰۴° تک پہنچ جائے ' اور شاذ مثالوں میں حاد ہذیان پایا جاتا ہے - التہاب چند دن میں کم ہوجاتا ہے ' لیکن ممکن ہے اس کے بعد مستقل ذبول پیدا ہوجائے - زیادہ شاذ طور پر دوہرا التہاب خصیہ پایا جاتا ہے - عورتوں میں پستان میں التہاب ہوسکتا ہے (التہاب پستان :mastitis) ' یا بیرونی اعضاء تناسلی پھول جاتے ہیں - شاذ و نادر مبیضات الیم ہوتے ہیں - التہاب پستان لڑکوں میں بھی دیکھا گیا ہے - التہاب بانقراس (pancreatitis) بھی درج کیا گیا ہے - یہ بالعموم پہلے ہفتہ کے ختم پر واقع ہوتا ہے اور دو سے سات تک قائم رہتا ہے - تاہم اس کا التہاب نکفیہ سے پیشتر واقع ہونا معلوم ہے - اس کا ثبوت ان چیزوں سے ملتا ہے : شراسیف اور بائیں مراقی خطہ میں درد ' اسی خطہ میں الیمیت اور ورم ' ارتفاع تپش ' متلی ' قے ' کبھی کبھی اسہال ' اور پاخانہ میں شحم کا آنا ذیابطیس بھی بیان کی گئی ہے - التہاب سحایا ' التہاب عصب بصری ' التہاب اذن ' التہاب اعصاب محیطی ' بصلی شلل ' التہاب دروں قلبہ اور التہاب گردہ شاذ عواقب ہیں -

کن پھیڑ میں **تشریحی تغیر** (Anatomical Change) یہ ہوتا ہے کہ ریقی غدوں کی بین جو فیزی لیفی بافت میں ' مصلی اور خلوی ' التہابی دریختگی واقع ہوتی ہے -

تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی - انذار سازگار ہوتا ہے -

علاج - مریض کو ایک ہی کمرے میں رکھنا چاہئے - بستر پر لٹا دینے سے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ پیچیدگیوں کا امکان کم ہوجاتا ہے ' خاصکر مردوں میں

التہاب خصیہ کے بارے میں مقامی طور پر تکمیدات سے عموماً تخفیف ہوتی ہے۔

انفلوئنزا

INFLUENZA

اس اصطلاح کا اکثر غلط طور پر کسی بھی شدید انفی نازلت پر اطلاق کردیا جاتا ہے۔ یہ ایک حاد حموی بیماری کا نام ہے جو گزشتہ وقتوں میں یورپ میں ایک وبا کے طور پر کئی مرتبہ پھیل چکی ہے۔ ۱۸۴۷ء تا ۱۸۴۸ء کی تند و تیز وبا کے بعد یہ ہمارے ہاں عملی طور پر ناپید تھی۔ البتہ ۱۸۸۹ء تا ۱۸۹۰ء کے سرما میں یہ پھر نمودار ہوگئی۔ اس موقع پر یہ سب سے پہلے سابقہ مئی میں بخارا میں دیکھی گئی۔ اکتوبر میں یہ سینٹ پیٹرز برگ میں ظاہر ہوئی۔ بہت جلد یہ آسٹریا، جرمنی، فرانس، انگلستان اور دوسرے یورپی ممالک میں پھیل گئی، اور اسی طرح امریکہ کی ریاستہائے متحدہ میں بھی۔ چند مہینوں کے بعد یہ ہندوستان، آسٹریلیا، نیوزیلینڈ، افریقی ساحل، اور جنوبی امریکہ میں منتقل ہوگئی۔ یہ مرض جزائر برطانیہ میں کئی مرتبہ پھر ہوا ہے۔ حالیہ سالوں میں یہ شاذ و نادر ہی بالکل ناپید رہا ہے۔ سب سے آخری بڑی وبا سب سے پہلے ہسپانیہ میں نمودار ہوئی تھی۔ یہ انگلستان میں تین لہروں کی صورت میں پھوٹی تھی۔ سب سے پہلی اور شرح اموات کے لحاظ سے سب سے خفیف لہر، جون اور جولائی میں نمودار ہوئی تھی۔ دوسری، اور سب سے زیادہ شدید، نومبر ۱۹۱۸ء میں۔ اور تیسری فروری اور مارچ ۱۹۱۹ء میں۔ انفلوئنزا کا یہ ایک لازمی خاصہ ہے کہ بچے اور زیادہ عمر کے لوگ بالعموم بچ جاتے ہیں، اور بیس اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان مرض خاص طور پر مہلک ثابت ہوتا ہے۔

چھوٹی چھوٹی وبائیں، جو شکل میں خفیف ہوتی ہیں، کبیر وبا سے پہلے اور پیچھے واقع ہونے کا امتیازی خاصہ ظاہر کرتی ہیں۔ ایسی وبا کا آئندہ ظہور ۱۹۴۵ء اور ۱۹۵۵ء کے درمیان ہونے کی پیش گوئی کی جاتی ہے۔

اس کے علاوہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ کبیر انفلوئنزا کی وبا سے پہلے اور پیچھے، وبائی شکل میں عصبی نظام کے مختلف امراض دیکھے جاتے ہیں ۔ ان میں سب سے زیادہ مستقل، التہاب رماد النخاع، دماغی نخاعی التہاب سحایا، اور التہاب دماغ و نخاع (سباتی یا تشنجی :lethargic or spasmodic) ہیں (19) ۔

بحث اسباب ۔ انفلوئنزا کے حقیقی وبائی حملوں کا ہمیشہ یہ ایک
امتیازی خاصہ رہا ہے کہ آبادی پر، خاص کر گنجان شہروں میں، غیر معمولی
تیزی سے حملہ ہوتا رہا ہے ۔ سینکڑوں آدمی ایک ہی وقت میں بیمار پڑ پڑ
گئے ہیں ۔ یہ چیز ۱۸۸۹ء تا ۱۸۹۰ء میں خصوصیت کے ساتھ نمایاں تھی ۔ تنراشیت 38
اس طرح واقع ہوتی ہے کہ بساق یا ریق کے قطیرے سونگھے جاتے ہیں، جو
کھانسنے یا بولنے میں ہوا میں اڑ گئے ہوں ۔

۱۸۹۲ء میں فیفر (Pfeiffer) نے ایک باریک عصیہ دریافت کیا، جو عام طور پر انفلوئنزا کے مریضوں کے بساق میں اور شاذ طور پر خون میں موجود ہوتا ہے ۔ اس کو خون پسند انفلوئنزائی عصیہ (Hæmophilus influenzæ) کہتے ہیں ۔ زمانہ حال تک اس کو بالعموم انفلوئنزا کا سبب سمجھا جاتا تھا ۔ یہ عصیہ، ذات الریوی انفلوئنزا کی ۹۸ فیصدی اصابتوں میں بعد الموت کاشت کیا گیا ہے ۔ لیکن اس کے علاوہ یہ ایسے لوگوں کی تھوڑی سی تعداد میں جو کہ بالکل دوسرے امراض سے مرگئے ہوں تنفسی خطہ کے مختلف حصوں میں پایا جاتا ہے (18) ۔

تاہم اب اس چیز کی شہادت مل رہی ہے (20) کہ مرض کا سبب، ایک قشب یا مقطار گذار عضویہ ہے ۔ یہ ابتدائے مرض ہی میں مریضوں کے انفی افرازات سے حاصل ہوتا ہے، جبکہ ابھی خون پسند انفلوئنزائی عصیہ اکثر مفقود ہوتا ہے ۔ اس عضویہ کی کاشت سے انفلوئنزا پیدا ہوگیا ہے ۔ اس کو جرثومہ نوموسنٹیز (Bacterium pneumosintes) کا نام دیا گیا ہے ۔ انفلوئنزائی مریضوں کی انفی غشاء مخاطی سے لی ہوئی، جرثومات سے پاک، دھوونوں کے متعلق یہ پایا گیا ہے کہ ان سے سفید نیولے

سرایت زدہ ہوجاتے ہیں۔ معمولی زکام والے موضوع سے لی ہوئی دھوونوں سے ایسا نہیں کیا جاسکتا۔ مرض انفلوئنزا کو ایک سفید نیولے سے دوسرے سفید نیولے میں منتقل کیا جاسکتا ہے۔ انفلوئنزائی نقیہوں کا مصل، سفید نیولے والے مرض کے قشب کی تعدیل کردیتا ہے۔ خون پسند انفلوئنزائی عصیہ غالباً مرض میں ایک اہم لیکن ثانوی حصہ لیتا ہے اور مختلف تنفسی پیچیدگیاں پیدا کردیتا ہے۔ ایسا ہونا خنزیری انفلوئنزا کی صورت میں ثابت کیا گیا ہے۔ اس میں خود قشب، حملہ کی ایک نہایت خفیف شکل پیدا کرتا ہے، لیکن قشب اور انفلوئنزا کے عصیہ کی ہم زندگی سے پورے طور پر نمویافتہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ انفلوئنزا کا حملہ موضوع کو کم از کم کچھ ماہ تک بچائے رکھتا ہے، لیکن اکتساب کی ہوئی مناعت ہمیشہ نہیں رہتی۔ آخری وبا میں تقریباً ۲۰ فیصدی مریض ایسے تھے کہ جن کو سابقہ حملے ہوچکے تھے۔

مرضی تشریح (Morbid Anatomy) ۔ التہاب قصبۃ الریہ، التہاب شعبتی، اور التہاب شعیبتی ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے پھیپھڑوں کا انتہائی امتلاء، نزفی اذیما یا منتشر نزف بلا کسی تجمّد (consolidation) کے موجود ہو۔ یا اس کے برعکس ٹھوس نزفی رقبہ جات پورے لختہ میں موجود ہوں، یا چکتیوں میں مفعمات کی طرح موجود ہوں۔ ممکن ہے شعبتی ذات الریہ، یا متعدد پھوڑے ہوں جو بالعموم چھوٹے چھوٹے اور ایک جگہ جمع ہوتے ہیں۔ یا ممکن ہے حقیقی گنگرین موجود ہو۔ ممکن ہے ہبوط کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبہ جات پائے جائیں یا ضخیم ہبوط پایا جائے۔ گرد شعبتی التہاب اور رخنکی نفّاخ موجود ہوسکتا ہے اور اسی طرح ذات الجنب بھی خواہ یہ انصباب کے ساتھ ہو یا اس کے بغیر۔ شعبتی غدے التہاب زدہ ہوتے ہیں۔ اکثر اصابتوں میں وتدی اجواف اور دوسرے معین ہوائی اجواف سرایت زدہ ہوتے ہیں۔ جسم میں سرایت کا اولی ماسکہ غالباً انفی بلعوم میں واقع ہوتا ہے۔ گردوں میں خون کی بہتات پائی جاتی ہے، لیکن اس کے سوا وہ

طبعی دکھائی دیتے ہیں (ملاحظہ ہو حاد التہاب گردہ) ۔

علامات ۔ حضانت کی مدت ، ۴۸ گھنٹہ سے ذرا کم سے لیکر ۵ دن تک ہوتی ہے ۔ انفلوئنزا کے مظاہر بیں زیادہ سے زیادہ ممکن رنگا رنگی پائی جاتی ہے ۔ اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں علامات ، ایک حاد حموی بیماری کی ہوتی ہیں ، اور ان کا جسم کے کسی ایک عضو یا نظام سے خصوصی تعلق نہیں ہوتا ۔ اس چیز کو سادہ قسم یا سادہ حموی قسم (simple febrile type) کہتے ہیں ۔

مرض یکایک شروع ہوتا ہے ، جس کے ساتھ شدید جبہی درد ، آنکھوں کے پیچھے درد ، عضلی کسک اور کمر ، رانوں اور پنڈلیوں کے عضلات میں درد ہوتا ہے ۔ لرزے (rigors) اکثر ناپید ہوتے ہیں ، لیکن تپش چند ہی گھنٹہ کے اندر بلند ہوکر ۱۰۲° ، ۱۰۳° یا ۱۰۴° تک پہنچ جاتی ہے ۔ بخار کے دوسرے لوازم بھی پائے جاتے ہیں ، جیسے تیز نبض ، تشنگی ، کم مقدار کا گہری رنگت کا پیشاب ۔ انکماشی فشار خون ۱۰ یا ۲۰ ملی میٹر کی حد تک گرجاتا ہے (54) ۔ زبان لجلجی ، لرزتی ہوئی ، دندانہ دار ہوجاتی ہے اور ایک موٹی سفید فر سے ڈھک جاتی ہے ۔ حلقوم اور لوزتین سرخ ہوتے ہیں ، اور سانس بدبودار ہوتی ہے ۔ رعاف یا نکسیر خاصی عام ہے ۔ جلد بالعموم خشک ہوتی ہے ، لیکن بعض اوقات مفرط پسینے آتے ہیں ۔ تلی بعض اوقات ذرا سی بڑھی ہوئی ہوتی ہے ۔ مریض ، بے انتہا علیل ، بے چین ، بے خواب ، اور انبطاح زدہ اور پست ہوتا ہے ۔ ممکن ہے اور کوئی علامت ظاہر نہ ہو ، اور تپش ۲۴ ، ۳۶ یا ۴۸ گھنٹہ میں اسی تیزی سے گرجاتی ہے کہ جس تیزی سے وہ بڑھی تھی ۔ تاہم تپش کے گرجانے کے کچھ دیر بعد تک جوارح میں عمومی درد جاری رہتا ہے ۔ انبطاح کا احساس ، جو کہ شروع سے موجود 39
تھا ، بخار کے بعد چند دن تک باقی رہتا ہے ۔ تاہم یہ ماننا ہی پڑتا ہے کہ اس گروہ میں اصابتوں کے مر اور مدت میں بے حد اختلاف پایا جاتا ہے ۔ چنانچہ بعض اصابتوں میں بخار ، بلند ، اور تھوڑی مدت کا ہوتا ہے اور

تیزی سے گرجاتا ہے، اور بعض اصابتوں میں مرزیادہ لمبا اور تپش کا گرنا زیادہ آہستہ آہستہ ہوتا ہے۔ لہٰذا دوسری حموی بیماریوں جیسے تپ محرقہ وغیرہ سے گڈ مڈ ہونا ایک ممکن چیز ہے۔ دونوں صورتوں میں نکس (relapse) بھی ہوسکتا ہے۔

مرض کی ذات الریوی قسم (pneumonic type) ان اصابتوں میں سے کہ جن کو ۱۹۱۸ء تا ۱۹۱۹ء کی وبا میں الڈرشاٹ (Aldershot) کے شفاخانہ میں داخل کرنے کے لئے کافی بیمار خیال کیا گیا، ۲۰ فیصدی میں واقع ہوئی۔ اس میں مرض کے آغاز میں وہی خصوصیات پائی جاتی ہیں، یعنی بخار، دردِ سر، جوارح میں درد، اور انبطاح۔ لیکن بہت جلد یہ دیکھا جاتا ہے کہ تنفسی خطہ بیشتر متاثر ہوگیا ہے۔ تیز تنفس، سینہ میں درد، اور تکلیف دہ کھانسی پائی جاتی ہے۔ سینہ میں امارات انتہائی طور پر اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ سامنے چند ایک منتشر خرخرات کے سوا اور پیچھے بعض تکتکات کے سوا اور کوئی امارت موجود نہ ہو۔ یا ممکن ہے کہ امارات ایک لختی ذات الریہ کی امارت سے ملتی جلتی ہوں۔ یا ممکن ہے ہر جگہ لغطات (râles) سنے جائیں بغیر اس کے کہ تجمد کی کوئی امارت ہو۔ یا ممکن ہے کہ پھیپھڑے کے ایک حصہ میں تجمد نظر آئے اور دوسرے دن اسی جگہ حویصلی خریر پائی جائے، اور اب تجمد پھیپھڑے کے دوسرے حصہ میں ظاہر ہوجائے۔ ہوسکتا ہے کہ سیال کی امارات پائی جائیں۔ انذار، پھیپھڑے کے تجمد کی وسعت سے ہرگز نہیں جانچا جاسکتا۔ بساق ممکن ہے ریمی اور مفرط ہو۔ یا ممکن ہے وہ خون آلود، چکٹ، جھاگ دار اور کسیقدر قلیل ہو۔ نہایت تشویشناک اصابتوں میں چہرے پر ایک یکساں، ارغوانی جھلک کا زراق (cyanosis) دیکھا جاتا ہے، جو شریانی خون میں آکسیجن کی نمایاں قلت کا لازمہ ہوتا ہے۔ التہاب گردہ، ذات الریوی مریضوں کی اکثریت میں واقع ہوتا ہے۔ بالعموم کوئی اذیما نہیں موجود ہوتا، لیکن پیشاب میں البیومن اور سانچے موجود ہوتے ہیں۔ انفی نازلت، جس کے ساتھ ملتحمات کا ابتلال پایا جاتا ہے،

کبھی کبھار انفلوئنزا ہی کی حالت ہوتی ہے ۔ لیکن سادہ اور تنفسی دونوں شکلیں بالعموم اس کے بغیر واقع ہوتی ہیں ۔

شکمی قسم (abdominal type) کم کثرت سے واقع ہوتی ہے، لیکن مختلف وباؤں میں اختلاف پذیر ہوتی ہے ۔ مریض کو پیٹ میں درد، اسہال، قے اور کبھی کبھی یرقان ہوتا ہے ۔ تپش اکثر اس سے کم بلند ہوتی ہے کہ جتنی اوپر بیان کی ہوئی شکلوں میں ۔

ممکن ہے تنفسی اور معدی معائی دونوں طرح کی علامتیں کسیقدر پیچیدگیاں اور عواقب ہوں نہ کہ اصلی مرض کا جزو ۔ دوسرے الفاظ میں ممکن ہے کہ بخار اور درد چند دن تک موجود رہیں، اور پھر جاکر ان میں کوئی ایک نظام بدیہی طور پر متاثر ہو ۔ دوسرے نظامات بھی، زیادہ اکثر ثانوی طور پر یا سرگذشت میں کسیقدر دیر سے متاثر ہو جاتے ہیں ۔ بعض اوقات اذینی بطینی یا جوفی اذینی قلب کی مسدودی کے باعث نبض بے قاعدہ، یا وقفہ دار ہو جاتی ہے ۔ ممکن ہے غشیانی حملے ہوں ۔ سرعتِ ضربات قلب واقع ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے قلب میں اتساع کی شہادت پائی جائے ۔ بعض اوقات مختلف مخاطی غشاؤں سے نزفات دکھائی دیتے ہیں ۔

عصبی نظام اکثر ماؤف ہو جاتا ہے ۔ ابتدائی درجہ میں غنودگی پائی جاتی ہے، جس کے ساتھ شدید اصابتوں میں ہذیان ہوتا ہے ۔ بعد ازاں ممکن ہے بے خوابی، ایک ہٹیلا وجع العصب، یا عضلی درد پایا جائے اصابتوں کے ایک بڑے تناسب میں، اور عصبی نظام میں علامات کی کسی مخصوص مقامیت کے بغیر، جوارح کی طویل کمزوری، جسمانی اور دماغی مشقت کرنے کی ناقابلیت اور بے حد ذہنی پستی پائی جاتی ہے ۔ جو حملہ کے آغاز کے کئی ماہ بعد تک باقی رہتی ہے ۔ حملہ کی انتہا میں یا کچھ دیر بعد، کبھی کبھی جلد پر ثورانات پائے جاتے ہیں ۔ یہ بیشتر گلابی رنگت کے دھبوں یا کھسرا، قرمزیہ یا شری کی طرح کے احمراری طفحات کی شکل میں ہوتے ہیں ۔ صلعہ بھی واقع ہو سکتا ہے ۔ اس کے علاوہ بمشکل ایسا کوئی مقامی التہاب ہوگا جو ایک یا دوسری

اصابت میں انفلوئنزا کے عاقبہ کے طور پر نمودار نہ ہوسکتا ہو، مثلاً التہاب اذن، جو کسیقدر عام ہے، التہاب خصیہ، محیطی التہاب اعصاب، التہاب عضلہ، التہاب ورید، التہاب نکفیہ، التہاب گرد قلبہ، التہاب سحایا، التہاب دماغ، التہاب نخاع، التہاب ملتحمہ، التہاب قرنیہ، التہاب مفصل، التہاب غدد لمفیہ۔ عواقب میں، ذائقہ اور شامہ کی قوت کا جاتا رہنا اور ذہنی اختلال کی قریب قریب ہر قسم شامل ہے۔

مرض میں جلد ہی خون میں کثیر الاشکال نواتی خلیات کی قسم کی کثرت
خلیات ابیض پائی جاتی ہے۔ اس کے بعد قلت خلیات ابیض پیدا ہوجاتی
ہے جس میں کثیر الاشکال خلیات کی قلت اور لمفی خلیوں کی اضافی کثرت پائی
جاتی ہے (21)۔ اگر ذات الریہ نمودار ہوجائے تو کثرت خلیات ابیض پیدا
ہوجاتی ہے جس میں کثیر الاشکال نواتی خلیات کی بڑی زیادتی ہوتی ہے۔ 40
ذات الریہ کی نزفی نوعیت ممکن ہے دموی صفیحات کی تخفیف پر منحصر ہو،
جو کہ مشاہدہ کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 446)۔

تشخیص (Diagnosis) ۔ انفلوئنزا میں جو گوناگونی پائی جاتی ہے اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کو کسی بیماری کے ابتدائی دنوں میں تشخیص کرلیا جاتا ہے۔ بعد میں جب اصابت سے مزید واقفیت ہوتی ہے تو اس سے اس کا کوئی حموی شکایت ہونا ثابت ہوجاتا ہے، مثلاً ذات الریہ اور خاصکر تپ معویہ (ملاحظہ ہو صفحہ 78)۔ مرض کا نہایت یکایک آغاز، مقامی درد، پست انکماشی فشار اور تھوڑی مدت کا بخار، انفلوئنزا کے خاص امتیازی نکات ہیں۔ لیکن ایسی خفیف اصابتیں بھی ہوتی ہیں کہ جن کو صرف طرد (exclusion) کے طریقہ سے، انفلوئنزا کے بعد پیدا ہونے والی پستی سے، اور اس کی پیچیدگیوں اور عواقب سے تشخیص کیا جاسکتا ہے۔

انذار (Prognosis) ۔ جن اصابتوں پر حملہ ہوتا ہے ان میں موت صرف ایک تھوڑی سی تعداد میں واقع ہوتی ہے۔ ذات الریوی اصابت

ہیں ازراق ہمیشہ ایک خراب امارت ہوتی ہے۔ لیکن اگر ایسی اصابت میں تپش گرجائے تو پھر وہ تقریباً یاس انگیز ہوجاتی ہے۔

تحریز (Prevention)۔ اعداد و شمار سے اس امر کی شہادت موجود ہے کہ اگر ایک مذخورہ جدرین کی، جس میں ۵۰ کروڑ خون پسند انفلوئنزائی عصیات، ۸ کروڑ نبقات سبحیہ اور ۲۰ کروڑ نبقات ریوی موجود ہوں حفظ ماتقدمی تطعیم کیجائے تو اس سے انفلوئنزا کا آغاز، یا زیادہ صحیح الفاظ میں پیچیدگیوں کا آغاز رک جاتا ہے، جو کہ مرض کا بیشتر جزو ہیں۔ انفلوئنزا کے مریض کی خدمت کرنے والے تمام اشخاص کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ ایک چہرہ پوش پہنے ہوئے رہیں۔ یہ چہرہ پوش آب رواں (butter muslin) کی کئی تہوں کا بنا ہوتا ہے۔ گذشتہ وبا میں گنجان جگہوں میں لوگوں کے لئے ایسا چہرہ پوش پہننا موثر ثابت ہوا۔ کونین کو بطور ایک حفظ ماتقدم استعمال کرنے کی تائید میں اچھی شہادت نہیں ہے۔ گلیگ (Glegg) کا پیرافن اور ویسلین کا آمیزہ زکام کے لئے بیحد موثر ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 196)۔ اور اس کو انفلوئنزا کی وبا کے دوران میں ناک میں ڈالنے کی آزمائش کرنا نہایت مناسب ہوگا۔

علاج (Treatment)۔ مریض کو اپنی طاقت بچانے کے لئے

فوراً ہی بستر پر لیٹ جانا چاہئے، اور ارتفاع تپش کا عام علاج شروع کردینا چاہئے۔ ابتدائی درجوں میں شدید درد، علاج چاہتے ہیں، اور ان کے تدارک کے لئے سوڈیم سیلی سلیٹ (۱۰-۱۵ گرین ہر چار یا چھ گھنٹہ کے بعد)، ایسپرین (۷-۱۰ گرین) یا فینیسیٹن (phenacetin) (۵-۶ گرین) استعمال کی جاسکتی ہے۔ بیماری کے بعد انبطاح کا بیحد رجحان اس بات کی ضرورت پیدا کرتا ہے کہ ان دواؤں کے دینے میں احتیاط برتی جائے۔ ممکن ہے التہاب شعبتی یا ذات الریہ کے علاج کی ضرورت پڑے۔

حاد التہاب رماد النخاع

ACUTE POLIOMYELITIS

(حاد مقدم التہاب رماد النخاع: Acute Anterior Poliomyelitis،
حاد التہاب رماد الدماغ: Acute Polioencephalitis،
ہین میڈین کا مرض: Heine-Medin's Disease)

سالہا سال سے یہ چیز معلوم ہے کہ بچوں میں ایک یا زیادہ جوارح کے یا جارحہ کے جزو کے شلل یا ذبول میں مبتلا ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ اور یہ کہ یہ شلل، نخاع کے مقدم خاکستری قرن کے حاد التہاب کے سبب سے ہوتا ہے۔ ان اصابتوں کو صبیانی شلل (infantile paralysis) کا نام دیا گیا ہے، اور بعد میں چلکر حاد مقدم التہاب رماد النخاع (acute anterior poliomyelitis) (πολιός، کے معنی ہیں خاکستری)۔ یہ اصابتیں انفرادی طور پر واقع ہوتی ہیں، لیکن ممکن ہے گھرانے کے دو یا زیادہ افراد متاثر ہوں۔ بعض اوقات وبائیں بھی واقع ہوتی ہیں۔ اگرچہ مرض، اکثر و بیشتر نخاع پر حملہ کرتا ہے، تاہم ممکن ہے یہ عصبی نظام کے کسی دوسرے حصہ پر بھی حملہ آور ہو۔ ان میں سے چند اصابتوں کے لئے التہاب رماد الدماغ (polioencephalitis) کا لفظ استعمال کیا گیا ہے۔ لیکن بہترین یہ ہے کہ اس سے پرہیز ہی کیا جائے، تاکہ حاد التہاب دماغ سے گڈمڈ نہ ہو۔ حاد التہاب دماغ اس سے قریبی طور پر مشابہ ہے لیکن وہ ایک دوسرا ہی مرض ہے۔

بحث اسباب ۔ انفرادی صورت میں ہو یا وبائی صورت میں یہ مرض شیرخوار بچوں اور دوسرے بچوں پر اس سے زیادہ کثرت سے حملہ آور ہوتا ہے کہ جتنا نوجوانوں یا بالغوں میں۔ مثلاً ایک بہت بڑی

وبا میں دو تہائی اصابتیں چھ سال سے کم عمر کی تھیں، اور ۵/۶ دس سال سے کم عمر کی۔ یہ گرما اور خزاں کے مہینوں میں بہت زیادہ کثرت سے ہوتا ہے۔ خرد عضویات جو مرض کا سبب ہیں، باریک باریک گلوب نما اجسام ہیں جو جوڑیوں میں مرتب ہوتے ہیں۔ وہ قطر میں ۰ء۱۵ سے لیکر ۰ء۳ تک ہوتے ہیں۔ خردعضویات اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ وہ چینی مٹی کے مقطار میں سے آسانی سے گذر جاتے ہیں۔ ان کو ایک خاص واسطہ پر ناہوا باشس طریقہ پر کاشت کیا جاسکتا ہے۔ بندروں میں تطعیم کرکے مرض کو دوبارہ پیدا کیا جاسکتا ہے۔ ان جانوروں سے عضویہ کو ازسرنو خالص کاشت میں حاصل کیا جاسکتا ہے (فلکسنر اور نگوچی Flexner and Noguchi: ۱۹۱۳ء)۔ مریضوں کی ناک، منھ، بلعوم، بالائی ہوائی گذرگاہوں، اور چھوٹی آنتوں سے لی ہوئی دھوونوں کو جب تقطیر کیا گیا تو ان سے بندروں میں مرض پیدا ہوگیا۔ اس بات کی شہادت موجود ہے کہ تندرست لوگ حامل (carriers) 41
کا کام کرسکتے ہیں۔ ایسے مریض بھی مرض کو پھیلا سکتے ہیں کہ جن کو مرض کی ناممکل شکل (abortive form) ہوئی ہو۔ اس میں بہت شک ہے کہ آیا قشب، مکھیوں، گردوغبار، یا بیرونی اشیا کے ذریعہ بھی منتقل ہوسکتا ہے۔ ایک چھوٹی سی وبا میں دودھ، ایک بدرقہ تھا (33)۔ یہ باور کیا جاتا ہے کہ قشب، محیطی اعصاب کے محوریوں کے ساتھ ساتھ مرکزی نظام عصبی میں چلا جاتا ہے، ممکن ہے کہ شمی اعصاب کے محور استوانے، جو انفی غشاء مخاطی میں کھلے پڑے ہیں، رسائی کا واحد ذریعہ ہوں۔ قشب، محوری راستوں سے دماغ میں سے گذرتا ہے، اور عنقی اور قطنی کلانی کے رمادی مادہ کے لئے خاص الف رکھتا ہے۔ ممکن ہے پالتو جانوروں میں شللات واقع ہوں، خاصکر وباؤں کے دوران میں۔ لیکن غالباً یہ ایک ہی مرض کا نتیجہ نہیں ہوتے۔

مرضی تشریح۔ اصلی ضرر، عصبی خلیہ میں ہوتا ہے۔ عصبی خلیات، خاصکر وہ جو کہ مقدم قرن کے ہوتے ہیں، انحطاط کے مختلف درجے ظاہر

کرتے ہیں، یہاںتک کہ مکمل طور پر ناپید ہوجانا۔ وہ کثیر الاشکال نواتی اور یک نواتی خلیات سے دریختہ نظر آتے ہیں (عصبیہ خوری :neuronophagia)۔ مقدم قرن کے ضرر کے بعد، حرکی جڑوں کے عصبی ریشوں کا ثانوی انحطاط ہوجاتا ہے اور ان سے رسد پانے والے عضلات کا ذبول واقع ہوتا ہے۔ سفید مادہ میں، اور سحایا میں بعض ثانوی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ام حنونہ، اذیمائی اور یک نواتی خلیات سے دریختہ ہوتی ہے۔ جبل شوکی کے متاثرہ حصوں کا اذیما پایا جاتا ہے۔ رمادی اور سفید مادہ میں اور سحایا میں کے دموی عروق کے غلافوں میں خلیات کا تکاثر واقع ہوتا ہے، اور رمادی مادہ کے جرم میں خلوی دریختگی واقع ہوتی ہے۔ یہی حاد اعمال، چلکتیوں کی صورت میں نخاع مستطیل، جسر دماغ، دمیغ اور سحایا میں بھی واقع ہوسکتے ہیں۔

بعض مہلک اصابتوں میں، عصبی ساختوں کے اضرار کے علاوہ، چھوٹی آنت، غدۂ تیموسیہ، اور طحال کی لمف آسا بافتوں کی کلانی واقع ہوتی ہے۔ جگر کے غدی خلیات کا کچھ انحطاط بھی پایا گیا ہے۔

ایسی اصابتوں میں کہ جو ایک یا زیادہ جوارح کے مستقل ذبول کے بعد مرگئی ہوں، جبل شوکی میں بعض تغیرات نظر آتے ہیں جو خالی آنکھ کو بھی دکھائی دیتے ہیں۔ حرکی عصبی جڑیں، جو اس حصہ سے آتی ہوں کہ جو غالباً متاثر ہوا ہے، جسامت اور تعداد میں گھٹی ہوئی ہوتی ہیں۔ عرضی تراش پر، جبل شوکی، متاثرہ جانب پر زیادہ چھوٹی ہوتی ہے، اور مقدم قرن سکڑا ہوا ہوتا ہے۔ خردبین کے نیچے، حرکی عصبی خلیات اور محوراستوانے تقریباً بالکل غائب ہوتے ہیں۔ چند خلیات جو باقی رہ گئے ہیں، طبعی سے چھوٹے، سکڑے ہوئے، تکلہ نما، اور زوائد سے خالی ہوتے ہیں۔ وہ عصبی سریشں کی ایک گھنی، غدے نما بیش بالیدگی میں پڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ حرکی عصبی جڑیں، جو جبل شوکی کے اندر ہیں وہ بھی اور جو اس سے آگے ہیں وہ بھی، محور استوانوں کی تباہی ظاہر کرتی ہیں، اور ظاہرا طور پر

انحطاط یافتہ ہوتی ہیں۔

عضلات میں جو کہ نقصان رسیدہ حصوں سے فعلیاتی تعلق رکھتے ہیں، لیفی یا شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے جزوی ہو یا ممکن ہے مکمل ہو۔ وہ شاحب گلابی، اور آبی رنگت کے ہوتے ہیں۔ خردبین کے نیچے ان میں تغیرات نظر آتے ہیں، جو حرکی اعصاب کے اضرار کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

علامات (Symptoms) - سہولت کے نقطہ نظر سے، مرض کی متعدد سریری شکلیں بیان کی گئی ہیں، جو مرکزی نظام عصبی کے اس حصہ پر منحصر ہوتی ہیں کہ جس پر حملہ ہوا ہے۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ انفرادی اصابتیں اکثر دو یا زیادہ شکلوں کا مجموعہ ہوتی ہیں۔ سب سے پہلے ہم بعض عمومی علامات بیان کرینگے کہ جو سب شکلوں میں مشترکہ طور پر پائی جاتی ہیں۔ حضانت کی مدت، چار سے لیکر ۱۲ دن تک ہوتی ہے۔ آغاز تیز ہوتا ہے۔ حرارت کے ساتھ درد سر اور غنودگی، اور ایک یا زیادہ جوارح میں شدید درد پایا جاتا ہے، جس سے حاد رثیت کا گمان ہوتا ہے۔ درد حرکت کرنے سے زیادہ ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات تشنجات، قے اور اسہال واقع ہوتے ہیں۔ جسوقت مریض کو غنودگی ہوتی ہے ممکن ہے اس کا پیشاب اور پاخانہ غیرارادی طور پر خارج ہوجائیں۔ ممکن ہے منتشر احمرار، یا آبلہ نما طفحہ پایا جائے، اور کبھی کبھی نملہ نطاقی ہوجاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں درد کے ساتھ جھنجھناہٹ یا تنمّل پایا جاسکتا ہے، لیکن احساس کا زیادہ فقدان کبھی نہیں ہوتا۔ اوپر بیان کی ہوئی علامات چند دن میں زائل ہوجاتی ہیں۔ نازلتی علامات (انفی اخراج، کھانسی، گلے کی سوزش) شاذ ہیں۔

تقریباً ۸۰ فیصدی اصابتوں میں دماغی نخاعی سیال، مرض کے پہلے ہفتہ میں بڑھا ہوا خلوی شمار ظاہر کرتا ہے۔ سب سے ابتدائی درجوں میں یہ زیادتی، بیشتر کثیرالاشکال نواتی خلیات میں ہوتی ہے۔ لیکن پہلے دو دن کے بعد لمفی خلیات کا غلبہ پایا جاتا ہے۔ پہلے ہفتہ کے ختم پر

کثیرالاشکال نواتی خلیات شاذ و نادر پائے جاتے ہیں۔ دوسرے ہفتہ کے
ختم پر خلوی شمار بالعموم طبعی ہوتا ہے۔ پروٹین تقریباً ہمیشہ ذرا سی زیادتی 42
ظاہر کرتی ہے۔ یہ چیز، بیماری کے دوسرے ہفتہ میں پائی جاتی ہے، اور اکثر
خلوی شمار کے دوبارہ طبعی ہوجانے کے بعد بھی باقی رہتی ہے۔ شکر اور
کلورائیڈز نہیں گھٹتے۔

۱۔ نخاعی شکل (Spinal Form)۔ اصابتوں کی تقریباً تین چوتھائی
اسی قسم کی ہوتی ہے۔ یہ بالعموم جوارح کے عضلات کے شلل کی صورت میں
ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات دھڑ، شکم اور گردن کے عضلات بھی
ماؤف ہوجاتے ہیں۔

۲۴ یا ۴۸ گھنٹہ کی مدت میں، یہ پایا جاتا ہے کہ بعض عضلات میں
کمزوری یا متعین شلل پایا جاتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ کوئی بچہ بستر پر جانے
کے وقت اچھا بھلا ہو، اور صبح کو مشلول پایا جائے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے
کہ شروع میں تین یا چار جوارح مشلول ہوتے ہیں، اور دو یا تین میں تو تیزی
سے صحت یابی ہوجاتی ہے، اور باقیماندہ مستقل طور پر متاثر رہ جاتے ہیں۔
دوسری اصابتوں میں بعض جوارح شروع ہی سے متاثر ہوتے ہیں اور ایسے
ہی رہتے ہیں۔ تاہم یہ ضروری نہیں ہے کہ شلل پورے جارحہ کو ماؤف
کرے۔ شلل جارحہ کے ایک حصہ میں، بلکہ صرف ایک ہی عضلی گروہ میں
ہوسکتا ہے۔ اگر شلل دونوں ٹانگوں کو متاثر کرے یا ایک طرف کے بازو
اور ٹانگ کو متاثر کرے، تو یہ یکساں طور پر پھیلا ہوا نہیں ہوتا، جیسا کہ شلل
کی بعض دوسری قسموں میں ہوتا ہے۔ متاثرہ عضلات میں تیزی سے
ذبول واقع ہوتا ہے، ان کا حجم گھٹ جاتا ہے اور وہ پلپلے ہوجاتے ہیں۔
جب آغاز کے چند دن بعد ان کو برقی طور پر پرکھا جاتا ہے تو وہ انحطاط کا
تعامل ظاہر کرتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں وہ ایک بھی رَو کی مہیجیت
نہیں کرتے۔ سب سے زیادہ متاثرہ حصوں میں تمام گہرے معکوسات، اور
بالعموم اوپری معکوسات بھی معدوم ہوجاتے ہیں۔

اگرچہ مرض اکثر اصابتوں میں، خاصکر حبل شوکی کے رمادی مادہ پر حملہ کرتا ہے، کبھی کبھی ایک مکمل عرضی ضرر بھی دیکھا جاتا ہے۔ عنقی خطہ میں ایسی اصابت، ہاتھوں اور بازوؤں کے عضلات میں طاقت کا فقدان اور لاغری اور ٹانگوں کا تشنجی شلل ظاہر کرتی ہے۔ بعض "جہندہ" اصابتوں (''jump'' cases) کا ذکر کرنا ضروری ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ مرض ٹانگوں کو متاثر کرے اور چند دن تک ٹھیرا ہوا رہے، اور پھر یکایک دھڑ اور بالائی جوارح کو متاثر کرنے والا ایک زیادہ وسیع شلل پیدا ہوجائے۔ ممکن ہے یہ توسیع آہستہ آہستہ واقع ہو۔ یہ حبل شوکی کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف اور نیچے کی طرف دونوں طرف جاسکتی ہے۔ ان میں سے بعض اصابتیں لانڈری کے شلل (Landry's paralysis) سے قریبی طور پر ملتی جلتی ہیں۔ اس کے علاوہ چند ہفتوں کے وقفہ کے بعد نکسات واقع ہوسکتے ہیں۔

حموی زمانہ کے بعد وہ عضلات جو کہ پہلی جزوی صحت یابی کے بعد مشلول رہ جاتے ہیں، ان میں ہفتوں اور مہینوں کے بعد نہایت ہی آہستہ آہستہ اصلاح واقع ہوتی ہے۔ جوارح کے استعمال میں خرابی کی مقدار کا انحصار ان عضلات کی تعداد پر ہوتا ہے کہ جو ذبول ہوگئے ہوں لیکن کچھ مدت کے بعد ان عضلات کے درمیان جو بچ گئے ہوں تازہ امتزاجات پیدا ہوکر کھوئی ہوئی حرکات از سرنو بحال ہوجاتی ہیں۔ تقریباً تمام اصابتوں میں ذبول ایک نمایاں خصوصیت ہوتا ہے۔ اس سے پیش بازو کا گول گول حصہ نشیب دار ہوجاتا ہے، یا بالائی بازو یا ٹانگ محض ایک چھڑی جیسی رہ جاتی ہے۔ تاہم بعض اوقات شحم کی موجودگی، عضلہ کے نقصان کو تمامتر چھپا دیتی ہے۔ لیکن عضلہ کی پلپلی حالت بالعموم اسوقت بھی پہچانی جاسکتی ہے۔ عضلات کی ذبولی حالت کے ہمراہ، بالعموم جارحہ کی عروقیت میں بھی تبدیلی پائی جاتی ہے۔ جارحہ، رُکے ہوئے دورانِ خون کے باعث، ٹھنڈا، سکڑا ہوا اور نیلا یا کبود ہوتا ہے۔ ہڈیوں اور دوسرے حصوں کا تغذیہ بھی متاثر ہوجاتا ہے۔ چنانچہ ایک جارحہ جو کہ شیرخواری یا

ابتدائی بچپن میں مشلول ہوا ہو، اس تیزی سے نہیں بڑھتا کہ جس تیزی سے ساتھ کا جارحہ بڑھتا ہے۔ ممکن ہے کہ ۱/۲ انچ یا ایک انچ یا زیادہ چھوٹا ہو۔ آخر میں یہ کہ علاوہ ان تشوہات کے جو کہ عضلی جرم کے براہ راست نقصان کے باعث پیدا ہوتے ہوں، ناقص علاج کے باعث بھی تشوہات پیدا ہوجاتے ہیں۔ بعض تشوہات محض سہارا جاتے رہنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چنانچہ عضلہ دالیہ کے ذبول کے باعث، ذراعیہ وقبی کہفہ سے گرجاتی ہے۔ بعض تشوہات، جارحات کی وضع میں مستقل تغیرات پر مشتمل ہوتے ہیں جیسے فرسی کج پائی (talipes equinus) ۔ یہ مقدم قصبیتی عضلات کے شلل سے اکثر واقع ہوجاتی ہے۔

۲۔ بصلی (Bulbar) ، جسری (Pontine) ، اور وسط دماغی (Mid-brain) شکلیں۔ کسی بھی جمجمی عصبی نواۃ پر حملہ ہوسکتا ہے۔ اسی طرح اس حصۂ دماغ سے گذرنے والے خطوں پر حملہ ہوسکتا ہے۔ ساتواں عصب وہ ہے جس پر سب سے زیادہ عام طور پر حملہ ہوتا ہے۔ بعض اصابتیں جن کو اب تک بیل کے شلل (Bell's palsy) کے طور پر تشخیص کیا جاتا تھا، التہاب رماد النخاع کے باعث ہوتی ہیں۔

۳۔ دماغی شکل (Cerebral Form) ۔ اس کا عام ترین اظہار فالج نصفی ہے۔ لیکن یہ بچوں میں فالج نصفی کا عام سبب نہیں ہے، بلکہ یہ صرف ۱۰ فیصدی اصابتوں کی توجیہ کرتی ہے (ملاحظہ ہو التہاب دماغ)۔ اضطرابیت (Athetosis) شاذ ہے۔

43 ۴۔ دمیغی شکل (Cerebellar Form) ۔ یہ دمیغی عدم اتساق کے وقوع سے ظاہر ہوتی ہے جس کی خصوصیات آگے چلکر بیان کیجائینگی۔

۵۔ التہاب سحایائی شکل (Meningitis Form) ۔ حاد رماد النخاع میں التہاب سحایا کی علامات ہرگز شاذ نہیں ہوتیں۔ شدید دردسر کے بعد مریض قوما زدہ ہوجاتا ہے۔ اس کی گردن کی پشت پر کے عضلات استوار ہوجاتے ہیں، اس کو تشنجات ہوتے ہیں، اور اس کے دماغی

نخاعی سیال میں تمثیلی تغیرات پائے جاتے ہیں۔

۲۔ نامکمل شکل (Abortive Form)۔ یہ صرف اسوقت جبکہ حاد التہاب رماد النخاع کی وبائیں ہوں پہچانی جاتی ہے۔ تپ، درد سر، جوارح میں درد، اور عام کمزوری پائی جاتی ہے، لیکن شلل نہیں ہوتا۔

تشخیص (Diagnosis)۔ تپ، درد سر، قے، تشنجات اور درد کی علامات کئی حاد بیماریوں سے پیدا ہوسکتی ہیں، جیسے التہاب سحایا، یا ذات الریہ سے۔ عضلی طاقت، جس کا نقصان ایک امتیازی خصوصیت ہے، شروع ہی سے دقت نظر کے ساتھ پرکھنی چاہیئے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ چھوٹے بچے خود بخود اس کی خبر نہیں دیتے۔ کچھ دن کے بعد تیز ذبول، فراوی رو کے لئے تعامل کا جاتا رہنا، اور گلوانیت کے تعامل کا بدل جانا تشخیص کی تصدیق کردیتا ہے۔ درد جو کہ بعض اوقات موجود ہوتا ہے، ممکن ہے رثیت کا گمان پیدا کرے۔ لیکن یہ اتنا مفاصل میں واقع نہیں ہوتا کہ جتنا ہڈی اور عضلہ میں۔ شیرخوار بچوں میں اسکروی (scurvy) کا خیال دل میں لانا چاہیئے۔ مرض کو لانڈری کے شلل سے، متعدد التہاب اعصاب سے جو کسی دوسرے عضویہ، الکحل یا دوسرے زہر کا نتیجہ ہو، یا حاد التہاب نخاع سے جو کسی دوسری سرایت کے باعث ہو، گڈمڈ کرسکتے ہیں۔ لانڈری کے شلل میں درد اور الیمیت عام چیز نہیں ہیں، لیکن بعض اصابتیں جن کو لانڈری کے شلل کے طور پر بیان کیا گیا تھا، یقیناً حقیقت میں التہاب رماد النخاع تھیں۔ ابتدائی درجوں میں اور نامکمل اصابتوں میں، اکثر دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے تشخیص قائم کیجاسکتی ہے۔ تدرنی التہاب سحایا سے تفریقی تشخیص کرنے میں، ایک مفید نکتہ التہاب رماد النخاع میں کلورائیڈ مافیہا کا طبعی ہونا ہے۔ مصلی تشخیص کا طریقہ بھی کارآمد ہے۔ یہ اس چیز پر منحصر ہے کہ اگر حبل شوکی کا ۵ فیصدی مستحلب جس میں قشب موجود ہو، بندروں میں دروں دماغی طور پر مشرب

کیا جائے تو اس سے مرض پیدا ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر اس میں کسی صحت پائے ہوئے مریض کے مصل کا مساوی حجم ملا دیا جائے تو پھر یہ بے اثر ہوجاتا ہے ایسے ذرائع سے یہ متعین طور پر دریافت کیا جاسکتا ہے کہ آیا بعض مشکوک اصابتوں کو حقیقت میں مرض تھا یا نہیں۔ یہ چیز صحت عامہ کے نقطۂ نظر سے مفید ثابت ہوسکتی ہے۔

انذار (Prognosis)۔ اس مرض کی حالیہ وباؤں میں شرح اموات ۱۰ سے ۲۰ فیصدی تک اختلاف پذیر رہی ہے۔ یہ اس سے بہت زیادہ شرح اموات ہے کہ جو انفرادی طور پر واقع ہونے والی اصابتوں میں مانی گئی تھی ایسی اصابتوں میں بالعموم زندگی کو خطرے میں نہیں خیال کیا جاتا۔ اس کے برعکس وباؤں میں مکمل صحت یابی زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے۔ موت تنفسی شلل یا شعبتی ذات الریہ کی وجہ سے ہوتی ہے جبکہ تنفسی عضلات میں مداخلت واقع ہو۔ اگر چودھواں دن سلامتی کے ساتھ آجائے تو موت شاذ و نادر واقع ہوتی ہے۔ تقریباً ۱۵ فیصدی اصابتوں سے زیادہ میں مکمل صحت یابی نہیں ہوتی۔ بقیہ اصابتوں میں اکثر وہ عضلات جو ابتداءً مشلول ہوگئے تھے آخرکار صحت یاب ہوجاتے ہیں لیکن ایک یا دو گروہ مستقل طور پر نقصان رسیدہ رہ جاتے ہیں۔ زیادہ تر اصلاح، پہلے چھ ماہ کے اندر ہوتی ہے، اور یہ دو سال تک آہستہ آہستہ جاری رہتی ہے۔ اس مدت کے بعد بہت کم مزید اصلاح ہونے کی امید ہے۔ دوسرے حملے انتہائی طور پر شاذ ہوتے ہیں۔

تحریز (Prevention)۔ مریضوں اور تماس یافتوں (contacts) کو چاہئے کہ وہ اپنے انفی اور غددی کہفوں کو، قشب کو تباہ کرنے کے لیے پوٹاشیم پرمینگنیٹ کے ۲۰۰۰ میں ۱ محلول سے بار بار دھو کر صاف کرتے رہیں۔ تماس یافتوں کے لئے قرنطینہ کی مدت، ۱۴ دن ہے۔ مریض کو کم از کم تین ہفتہ کے لئے علٰحدہ کردینا چاہئے۔ جب تک کہ کوئی انفی اخراج موجود ہے اس کے متعلق یہ خیال کرنا چاہئے کہ وہ ابھی تک

سرایت ہے ۔ تپ محرقہ کے مریض کی طرح ، اس کا علاج بھی شفاخانہ کے ایک عام کمرہ میں کیا جاسکتا ہے ۔

علاج (Treatment) ۔ ارتفاع تپش کے لئے عام علاج شروع کیا جاتا ہے ۔ درد کو تسکین دینے کے لئے ایسپرین یا سوڈیم سیلی سلیٹ، بلکہ انتہائی اصابتوں میں مارفیا بھی، عمر کے لحاظ سے مناسب معتادوں میں دیجاسکتی ہے ۔ ہگزامین (hexamine) ۵ گرین کی معتاد تک دیجاسکتی ہے، بشرطیکہ پیشاب کو قلوی رکھا جائے ۔ یہ دوا ایک دافع عفونت ہے جس کا دماغی نخاعی سیال میں افراز ہوتا ہے ۔ لیکن اس کے مفید ہونے کے بارے میں آرا میں اختلاف پایا جاتا ہے ۔ زیادہ فاعلانہ طریقوں کا بھی مشورہ دیا گیا ہے، مثلاً قطنی کچوکا، جس سے فشار گھٹ جاتا ہے ۔ اس کے ساتھ ایڈرینالین کلورائیڈ کے محلول (۱۰۰۰ میں ۱) کا ایک یا دو مکعب
سنٹی میٹر کی معتادوں میں ہر چھ گھنٹہ کے بعد دروں شوکی اشراب یا 44
منیع مصل کا دروں شوکی اشراب ۔ یعنی ایسا مصل جو ان اشخاص کے خون سے کہ جن کو کئی ماہ یا سال پہلے مرض رہ چکا ہو حاصل کیا جائے ۔ یہ روزانہ ۱۰ تا ۳۰ مکعب سنٹی میٹر کی معتادوں میں دیا جاتا ہے (نیٹر :Netter) ۔ طبعی بالغوں کے مصل کے متعلق بھی یہ پایا گیا ہے کہ جب اس کو قشب کے ہمراہ مشرب کیا جاتا ہے تو یہ بندروں کو مرض سے پاک کردیتا ہے ۔ اس علاج کے لئے جو اصابتیں موزوں ہیں وہ یہ ہیں ۔ (۱) وہ جن میں تشخیص پیش شللی درجہ میں کیجاسکتی ہے ۔ (۲) وہ جن میں التہاب سحایا کی علامات پائی جاتی ہیں ۔ (۳) وہ جن میں شلل پھیل رہا ہو ۔ ایسے عضلات کے لئے جو کہ پہلے ہی شلل ظاہر کررہے ہوں علاج بیکار ہوتا ہے ۔ بدقسمتی سے یہ علاج حال میں اسوقت جبکہ اس کو نیویارک میں انضباط میں رکھی ہوئی اصابتوں کے ایک بڑے سلسلہ پر آزمایا گیا، بے کار ثابت ہوا ہے ۔ بہر صورت، نظری وجوہ کی بنا پر یہ حجت قائم کی گئی ہے کہ مصل کو دروں وریدی طور پر دینا چاہیے نہ کہ دروں غلافی طور پر (31) ۔

جب تنفسی شلل موجود ہو، تو ڈرنکر (Drinker) کے منفاس کے ذریعہ مریض کی جان بچائی جاسکتی ہے۔ یہ ایک دھاتی صندوق ہے جس میں مریض سر کو باہر رکھ کر لیٹتا ہے۔ صندوق میں کے فشار کو متغیر کیا جاسکتا ہے کہ جس سے تنفسی حرکات انجام دیجاسکتی ہیں۔ بریگ (Bragg) اور پال (Paul) کا آلہ بھی استعمال کرسکتے ہیں۔ سینہ کو ایک ہوا بند، ربڑ کی تھیلی سے گھیر لیا جاتا ہے جس پر ایک ناتوسیع پذیر بیرونی پوشش لگی ہوتی ہے۔ فشار کو ایک موٹر پمپ کے ذریعہ باری باری سے زیادہ اور کم کیا جاتا ہے۔ ان آلات کی صورت میں کئی کئی ہفتوں تک علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے زیادہ مختصر مدتوں کے لئے آیو (Eve) کا جُھلانے کا طریقہ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ مریض کو ایک ڈولی پر اوندھا باندھ دیا جاتا ہے۔ یہ ڈولی ایک سی سا (see-saw) کی مانند ایک سہارے پر ٹکی ہوتی ہے۔ اس کو اوپر نیچے جھکانے سے ڈایافرام باری باری سے، شکم میں اترتا ہے اور سینہ میں چڑھتا ہے۔

متاثرہ عضلات کا فوری علاج تو یہ ہے کہ ان کو نام نہاد تعدلیلی وضع میں آرام میں رکھا جائے، تاکہ عضلات، انقباض اور ارتخاء کے درمیان لمبائی میں درمیانی رہیں۔ یہ وضع بالکل سادہ آلات کے ذریعہ قائم رکھی جاسکتی ہے، جیسے ریت کی تھیلیوں یا لکڑی کے جبائر (splints) کے ذریعہ۔ بالائی جارحہ کی صحیح وضع یہ ہے کہ انگوٹھا مقرب ہو، انگلیاں ذرا خمیدہ ہوں، کلائی سیدھی، اور انبطاح اور خمیدگی کے بین بین ہو، کہنی ذرا سی خمیدہ ہو، اور شانہ پہلو سے جزوی طور پر مبعد ہو۔ زیریں جارحہ کو اسطرح رکھنا چاہئے کہ پاؤں ٹانگ سے زاویہ قائمہ پر ہو، اور گھٹنا کسیقدر خمیدہ ہو، اور کولھا سیدھا ہو۔ جب ایک ہی ٹانگ متاثر ہو تو دوسری کو بھی جبائر میں رکھنا چاہئے تاکہ حوض کا عدم تشاکل نہ ہونے پائے۔ تین یا چار ہفتے کی مدت میں یہ ظاہر ہوجائیگا کہ کون سے مخصوص عضلی گروہ مشلول ہوئے ہیں۔ پھر اسوقت جوارح اور جسم کی وضع کو بدل دینا چاہئے کہ جس سے مشلول عضلات کو پورے طور پر ڈھیلے ہونے کا موقعہ ملے، اور اسطرح تندرست متضاد عضلات معمول سے

زیادہ تن جائیں۔ اکثر مثالوں میں اس کا مطلب یہ ہوگا کہ شانہ کو زاویہ قائمہ پر تبعید کردیا جائے اور کلائی کو ظہری طور پر خمیدہ کردیا جائے۔ ہلکے، سیلولائڈی جبائر استعمال کیے جاسکتے ہیں، اور جبیرہ کو جارحہ کے ایک صحیح قالب پر ڈھالا جاسکتا ہے۔ اگر دونوں ٹانگیں اور دھڑ مشلول ہوجائیں، تو پشت کو قطنی خطہ میں سہارا دیکر کچھ درجہ کا فطار (lordosis) پیدا کردینا چاہیئے۔ اس وضع میں آخر کار مریض اس قابل ہوجاتا ہے کہ احتباسی آلات کی مدد سے چل پھر سکے۔

جوں ہی کہ تپش کم ہوجائے اور درد جاتا رہے، مشلول عضلات کی بازتربیت (re-education) شروع کردینی چاہیئے۔ وہ یہ ہے کہ مریض ہرروز مقررہ وقفوں پر اپنے عضلات کو استعمال میں لائے، انھیں خود حرکت دے اور اگر کوئی حرکت نہ بھی پیدا ہو تو بھی اس کوشش پر اڑا رہے۔ جاذبہ کے اثر کو گھٹا دینا چاہیئے یا زائل کردینا چاہیئے۔ کام کی مقدار جو عضلہ کو کرنی پڑتی ہے شروع میں اقل ہونی چاہیئے۔ مثال کے طور پر، ایک کمزور شدہ عضلہ ذواربعتہ الرؤس (quadriceps) کی صورت میں، مریض کو اپنی پشت کے بل لیٹا ہوا رکھکر اس کے گھٹنے کو تھوڑی حد تک خمیدہ رکھنا چاہیئے، اور مریض کو کہنا چاہیئے کہ وہ اسے سیدھا کرے۔ پھر خمیدگی کی مقدار کو آہستہ آہستہ بڑھا دیا جاتا ہے۔ بعض اوقات ان حرکات کو ایک مغسل میں انجام دینا مفید ہوتا ہے، کیونکہ پانی سے کسیقدر سہارا ملتا ہے۔ ورزشوں کے درمیان جبائر کو لگائے ہوئے رکھنا چاہیئے۔ ورزش کے دوران میں مشلول عضلات کو کبھی ایک لمحہ کے لئے بھی معمول سے زیادہ کھچنے نہیں دینا چاہیئے، کم از کم پہلے چند ماہ تک۔ مکمل طور پر مشلول عضلات کے لئے گلوانیت (galvanism) استعمال کرنی چاہیئے۔ پہلے چند ہفتوں کے بعد دلک کرنے سے دوران خون میں
45 مدد ملتی ہے۔ دھڑ اور شکلی عضلات کی باز تربیت بہترین طور پر اس طرح انجام دی جاسکتی ہے کہ مریض کھڑی وضع میں چلتا پھرتا رہے۔ جب مریض کی مشلول ٹانگوں کو جبیرہ لگا ہوا ہو، تو یہ اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ ایک چلنے کی مشین استعمال کی جائے۔

یہ اعتراف کرنا ضروری ہے کہ جب عصبی خلیات مکمل طور پر تباہ ہو گئے ہوں تو عضلی ریشے جو ان پر منحصر ہوتے ہیں ایسے مذبول ہو جاتے ہیں کہ ان کے بحال ہونے کی کوئی امید ہی نہیں ہوتی۔ زاں بعد ان کے لئے جراحتی تدابیر کی ضرورت پڑتی ہے۔

طوطا روگ

PSITTACOSIS

یہ ایک حالت ہے جو ایک تقطیر پذیر قشب سے پیدا ہوتی ہے (27)، اور جو طوطوں میں واقع ہوتی ہے (طوطا : Psittacus) اس میں التہاب الامعاء، جو کہ بعض اوقات نزفی ہوتا ہے، ایک نمایاں خصوصیت ہوتی ہے۔ یہ مرض، دوسرے چھوٹے جانوروں اور پرندوں کو، اور نیز انسان کو منتقل ہو سکتا ہے، غالباً برازی مادہ سے لتھڑے ہوئے پروں کے ذریعہ۔ انسان میں یہ مرض کسیقدر تپ محرقہ سے ملتا جلتا ہے۔ زمانۂ حضانت، سات سے لے کر پچیس دن تک ہے۔ اور اس کے بعد بخار، کسیقدر سست نبض، شدید دردِ سر، جو بالعموم قذالی ہوتا ہے، عدم اشتہا، بے چینی، ہذیان، تمددِ شکم، قے، اسہال اور البیومن بولیت یکایک واقع ہوتے ہیں۔ قصبتی ذات الریہ، اور اس کے ساتھ بار بار کھانسی آنا، بہت سی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے۔ شرحِ اموات تقریباً ۳۰ فیصدی ہے۔ پیرس میں اسوقت جبکہ فیشن پسند خواتین طوطوں کو بطور pets کے ساتھ ساتھ لیجانے لگی تھیں ایک وبا واقع ہوئی۔ پھر ۱۹۲۹ء میں یہ مرض اس ملک میں اور دوسرے ملکوں میں از سرِ نو نمودار ہوا۔

مرض القدم والفم

FOOT-AND-MOUTH DISEASE

مُنہ کُھر کی بیماری ۔ کُھر کُٹ ۔ کالورو گم (تلنگی)

(وبائی حیوانی قلاع :Aphtha epizootica)

مویشیوں اور بھیڑوں کا یہ مرض کبھی کبھی انسان کو منتقل ہو جاتا ہے۔ مویشیوں میں مرض کی مثالی خصوصیت یہ ہے کہ منہ، ہونٹوں اور زبان کی غشاء مخاطی پر آبلے اور حباب پیدا ہو جاتے ہیں۔ متاثرہ حصے متورم ہو جاتے ہیں، اور ریق بہتا رہتا ہے۔ آبلے ٹوٹ جاتے ہیں، اور ایک خاکستری تہ باقی رہ جاتی ہے جو قاعدہ کو ڈھانکے ہوئے ہوتی ہے۔ یہ آبلے، کھروں کے کنارے کنارے پاؤں پر بھی نمودار ہو جاتے ہیں، اور وہ قائحی ہو جاتے ہیں اور پپڑیاں بنا دیتے ہیں۔ گائیوں میں باکھوں اور تھنوں پر بھی آبلے پیدا ہو جاتے ہیں۔ متوسط درجہ کا ارتفاع تپش پایا جاتا ہے۔ مرض تقریباً دو ہفتہ تک رہتا ہے، اور بالعموم اس کا خاتمہ صحت یابی پر ہوتا ہے۔ البتہ بچھڑوں میں سے ۵۰ تا ۷۵ فیصدی مرجاتے ہیں، جن میں سے بعض التہاب الامعاء سے مرتے ہیں۔

یہ مرض انسان کو براہ راست تطعیم سے، یا سرایت زدہ گائے کا دودھ پینے سے منتقل ہوتا ہے۔ تاہم یہ جوتوں یا کپڑوں کے ذریعہ بھی ایک انسان سے دوسرے انسان کو لگ جاتا ہے۔

قشب باریک ترین مقطار میں سے گذر جاتا ہے۔ حضانت ۳ سے لیکر ۵ دن تک ہوتی ہے۔ پہلے خفیف ارتفاع تپش اور اشتہا کا فقدان واقع ہوتا ہے۔ پھر منہ میں، ہونٹوں، زبان، حلقوم، اور سخت تالو پر آبلے مشاہدہ کئے جاتے ہیں۔ یہ مٹروں کی جسامت کے ہو جاتے ہیں۔ یہ غیر شفاف ہو کر پھوٹ جاتے ہیں، اور اتھلے قروح بناتے ہیں جن کا تاریک سرخ قاعدہ

ہوتا ہے۔ ہونٹ متورم ہوجاتے ہیں اور ریق اور مخاط، طبعی سے زیادہ افراط سے ہوتے ہیں۔ چبانے، نگلنے، اور بات کرنے سے کسیقدر درد ہوتا ہے۔ ممکن ہے کسیقدر اسہال اور درد شکم ہو۔

بعض اوقات آبلے، انگلیوں پر پیدا ہوجاتے ہیں، خاص طور پر ناخنوں پر۔ وہ قائم ہوجاتے ہیں اور آپس میں گھل مل جاتے ہیں۔ اسی طرح کے آبلے، پاؤں کی انگلیوں پر، پاؤں کے تلووں پر، اور عورتوں کی بھٹنیوں پر بھی واقع ہوتے ہیں۔ ان کی مدت، ۱۰ سے لیکر ۱۴ دن تک ہوتی ہے۔ مرض شاذ و نادر ہی مہلک ہوتا ہے۔

علاج ۔ منھ میں بوریکس (borax) کی، پوٹاسیئم کلوریٹ کی، یا پوٹاسیئم پرمینگنیٹ کی کلی کرنی چاہیئے۔ دردناک قروح کو ٹھوس سلورنائٹریٹ سے چھونا چاہیئے۔ ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں کے ثورانات پر کھجلی رفع کرنے کے لیئے زنک یا لیڈ کے مرہم یا غسولات لگانے چاہئیں۔

غدی بخار

GLANDULAR FEVER

اس شکایت کو فیفر (Pfeiffer)، پارک ویسٹ (Park West)، ڈاسن ولیمز (Dawson Williams) اور دوسروں نے بیان کیا ہے۔ یہ گہرے عنقی اور دوسرے لمفی غدوں کے التہابی ورم پر مشتمل ہوتی ہے جس کے ساتھ بخار پایا جاتا ہے۔ یہ وباؤں کی صورت میں واقع ہوسکتی ہے۔ یہ خفیف طور پر 46
سرایتی ہوتی ہے، اور خاص طور پر بچوں اور نوعمر بالغوں کو متاثر کرتی ہے۔ اسکی مدت حضانت پانچ سے سات دن تک ہوتی ہے۔ مریض یکایک بیمار پڑجاتا ہے، اور اس کو گردن میں کرختگی، نگلنے میں دشواری، اور حموی تعامل ہوجاتا ہے اور اس کے ساتھ عدم اشتہا اور شاید قے ہوتی ہے۔ حلقوم اکثر سرخ ہوجاتا ہے، لیکن باقی ہر طرح سے غیر متاثر رہتا ہے۔ درد کے دوسرے یا

تیسرے دن، عنقی غدے اور بالعموم وہ غدے جو کہ قصی حلمی عضلہ کے نیچے اور اس کے کنارے کے ساتھ ساتھ ہوتے ہیں، بڑھے ہوئے اور الیم پائے جاتے ہیں۔ ایک دو دن اور گزرنے پر دوسری طرف کے غدے بھی متورم ہوجاتے ہیں، اور موخر عنقی، بغلی اور اربی غدے بھی ماؤف ہوجاتے ہیں۔ بائیں طرف کے غدے بالعموم دائیں طرف کی بہ نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ ان کی کلانی میں ممکن ہے ۲ ہفتہ یا زیادہ کی دیر ہوجائے، یا ممکن ہے یہ اتنی خفیف ہو کہ نظر سے چھوٹ جائے (10)۔ بالعموم درد شکم اور الیمیت پائی جاتی ہے۔ جگر، طحال اور ماساریقی غدے بڑھے ہوئے ہوسکتے ہیں۔ دو سے لیکر پانچ دن میں غدے چھوٹے ہونے شروع ہوتے ہیں، اور وہ متقیح نہیں ہوتے۔ تپش، تیسرے دن ۱۰۴° تک پہنچ جاتی ہے۔ جب تک غدے بڑے ہوتے رہتے ہیں یہ بلند ہی رہتی ہے۔ قبض اکثر تکلیف دہ ہوتا ہے۔ مرض بالعموم بلا پیچیدگیاں پیدا ہوئے ہی رفع ہوجاتا ہے۔ لیکن ۶ فیصدی اصابتوں میں نزفی التہاب گردہ واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے عدم دمویت، نقیہیت کو سست کردے۔ مختلف طفحات بھی بیان کئے گئے ہیں، لطخی، ثری، اور بثوری، جیسے کہ محرقہ نما تپ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ بیماری کے چودھویں دن نمودار ہوتے ہیں۔ مرض کی جرثومیات، فی زمانہ منفی ہے۔ ممیز دموی تغیر، یک نواتی خلیات کا زیادہ ہوجانا ہے، اور اسی وجہ سے مرض کا نام سرایتی یک نواتی خلویت (infectious mononucleosis) پڑگیا ہے۔ ان کو آجکل ہمیشہ لمفی خلیات خیال کیا جاتا ہے، اگرچہ یہ زجاجی خلیات سے ملتے جلتے ہیں۔ تاہم ان کو حالت زندگی میں تلوین کرکے اور پراکسی ڈیز تعامل (peroxidase reaction) کے ذریعہ ہمیشہ متفرق کیا جاسکتا ہے۔

تشخیص (Diagnosis)۔ غدے تیزی سے بڑھ جاتے ہیں، اور عدم دمویت بالکل نہیں ہوتی۔ بلند تپش ہونے کے باوجود، بنیتی اختلال بالعموم خفیف ہوتا ہے۔ یہ آخرالذکر خصوصیت، مرض کو حاد بیض دمویت سے

متفرق کرنے میں مدد دیتی ہے۔ان اصابتوں کو اکثر التہاب لوزتین، کن پھیڑ، حاد تدرنی غدی التہاب، یا حاد مرض ہاجکن تشخیص کرلیا جاتا ہے (26)۔محرقہ نما تپ سے بھی مشابہت پیدا ہوسکتی ہے۔

علاج یہ ہے۔آرام، سادہ غذا، پارہ یا مالحات کی چھوٹی چھوٹی خوراکوں کے ذریعہ قبض دور کرنا، اور نقیہیت کے دوران میں لوہے کی تجہیزات کا استعمال کرنا۔

ذیل کا مرض رکٹسیا (Rickettsia) کے سبب سے ہوتا ہے۔

تپ خندقی

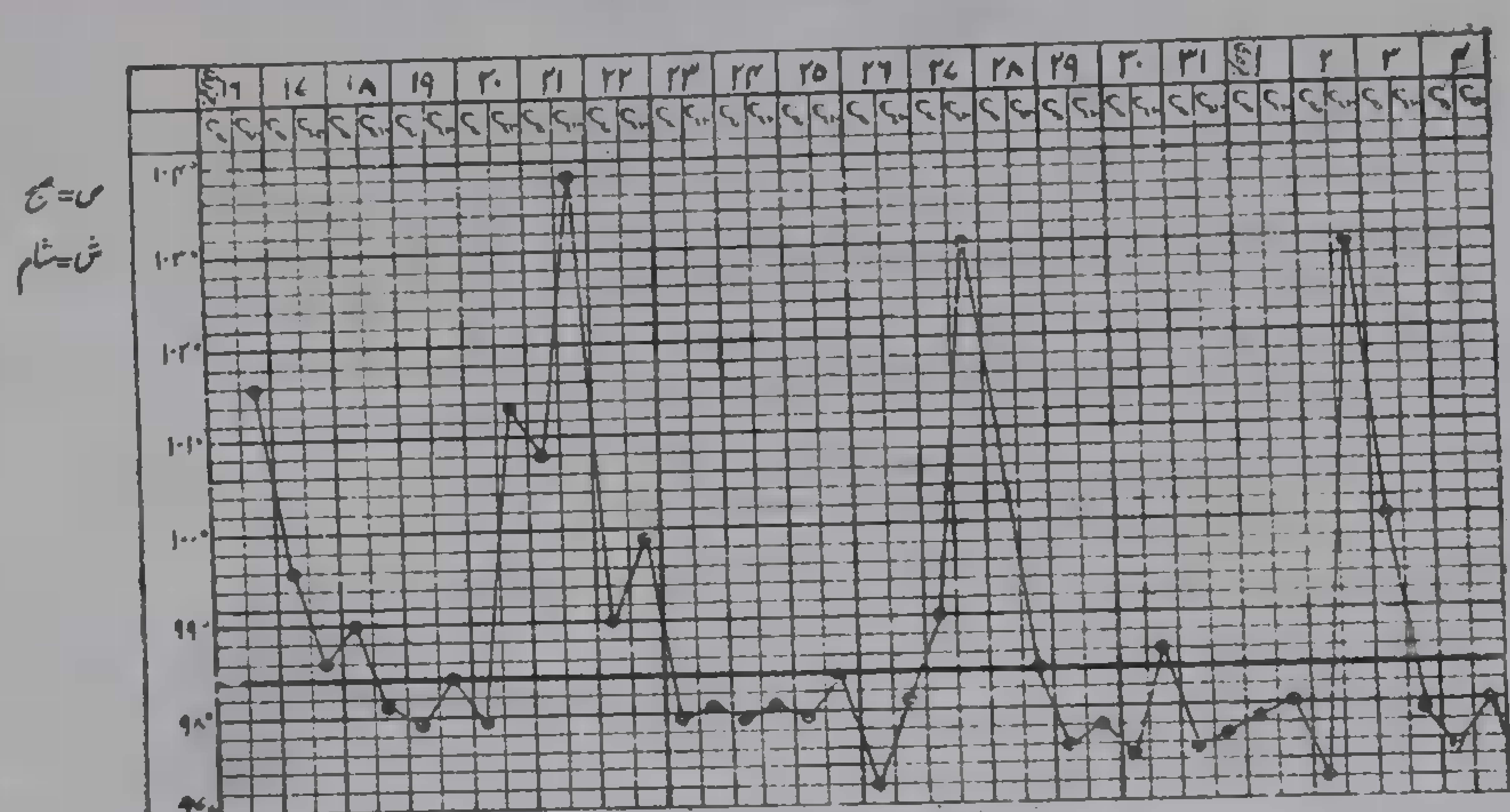
TRENCH FEVER

یورپ کی جنگ عظیم میں، پہلے تو صرف ان آدمیوں میں جو کہ خندق سے واپس لوٹے تھے، اور بعد ازاں محاذ کے پیچھے بھی، حموی مرض کی ایک ایسی شکل دیکھی گئی جس میں نئی خصوصیات پائی گئیں۔یہ ہر ایسی چیز سے کہ جو پچھلے زمانہ میں درج کی گئی تھی حقیقت میں مختلف تھی۔

بحث اسباب (Ætiology)۔تپ خندقی کا قشب جوؤں کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔اس کا انتقال ایسی جوؤں کو جو مریضوں سے خوراک حاصل کرچکی ہوں تندرست انسانوں سے خوراک حاصل کرنے کا موقعہ دینے سے ہوا ہے، نیز سرایت زدہ جوؤں کے براز کو جلد کی خراشیدگیوں میں ملنے سے بھی ہوا ہے۔اس امر کی کافی شہادت ہے کہ تپ خندقی کا قشب ایک جسم رکٹسیا (Rickettsia body) ہے۔ان اجسام کو مریضوں میں پانا دشوار ہے۔تاہم یہ جوؤں کے جسم میں ٹھیک اسوقت جب کہ وہ اپنے سب سے زیادہ سرایتی درجہ کو پہنچ جاتی ہے، یعنی سرایت زدہ سے خوراک حاصل کرنے کے ۵ سے لیکر ۸ دن بعد، نمودار ہوتے ہیں۔

علامات۔زمانۂ حضانت پانچ سے لیکر تیس دن تک ہے۔

آغاز کسیقدر یکایک ہوتا ہے ۔ مریض کو دردِ سر، دورانِ سر، بعض اوقات
رقص مقلہ، کپکپی، پشت اور ٹانگوں میں درد ہوتے ہیں ۔ کبھی کبھی وہ قے
کردیتا ہے ۔ تپش کے قرطاس کی تین ممیز قسمیں ہیں ۔ (۱) بخار کا واحد مختصر
دورہ جس سے اصابت کی' انفلوئنزا سے مشابہت پیدا ہوجاتی ہے ۔ اس
کو مرض کی مختصر شکل کہتے ہیں ۔ (۲) ناکس قسم ۔ مریض کو ٹھیک ایسا ہی
حملہ ہوتا ہے جیسا کہ بیان کیا گیا ہے ۔ پھر تین یا چار دن کے وقفہ کے بعد
اس پر ان ہی علامات کا دوبارہ حملہ ہوتا ہے' اور تپش دوبارہ بلند ہوجاتی ہے
تاہم یہ اسقدر بلند نہیں ہوتی کہ جسقدر ابتدائی حملہ میں ہوتی تھی (ملاحظہ ہو
47 تصویر ۴) ۔ (۳) ایک ایسی قسم جس میں اطالت پذیر ابتدائی تپ ہوتی ہے'



تصویر ۴ ۔ تپ خندقی میں تپش کا قرطاس

جس سے اصابت' تپ محرقہ کی اصابت سے مشابہ ہوجاتی ہے ۔ لیکن علامات
وہی ہوتی ہیں جو کہ دوسری قسموں میں ہوتی ہیں ۔

مرض چھ یا سات ہفتہ تک جاری رہ سکتا ہے ۔ یہ مہلک نہیں ہوتا ۔
سرعت ضربات قلب اکثر نمویاب ہوجاتی ہے ۔ سپاہیوں میں یہ مرض علائمیہ
جہدیہ کا ایک عام سبب ہے ۔ مزید تفصیلات کے لئے اس کتاب کی سابقہ
ایڈیشن کا مطالعہ کرنا چاہیئے ۔

جراثیمی امراض۔۱۔خرد نبقی

نبقی سبحی سرائیتیں

STREPTOCOCCAL INFECTIONS

نبقی سبحی سرایتوں کے مکمل بیان کا تو غالباً یہ مطلب ہوگا کہ طب کا بیشتر حصہ بیان کیا جائے جس پر اس کتاب میں بحث کی گئی ہے۔ لیکن یہ چیز اس مقالہ سے بالکل باہر ہے، اور ایک مختصر سا بیان کافی سمجھا گیا ہے۔ نبقات سبحیہ جسم میں جلد یا مخاطی غشاؤں کی راہ سے داخل ہوتے ہیں۔ اولی طور پر وہ خود داخل ہوتے ہیں، یا ثانوی طور پر وہ کسی دوسرے اولی حملہ آور کے پیچھے داخل ہوتے ہیں، مثلاً انفلوئنزا کا وراء خرد بینی قشسب۔ جب وہ جسم میں داخل ہو چکتے ہیں تو وہ کسی خاص رقبہ میں محدود المقام ہوجاتے ہیں اور (۱) ممیز حاد سرائتیں پیدا کرتے ہیں۔ جلد میں، سُرخباده۔ گلے میں التہاب لوزتین۔ یہ التہاب جب محمولۂ شیر ہو تو وبائی ثابت ہوسکتا ہے، یا بعض حالات میں تپ قرمزی بنجاتا ہے۔ رحم میں، تپ نفاسی۔ پھیپھڑوں میں شعبتی ذات الریہ۔ بولی خطہ میں التہاب حوض گردہ۔ جوڑوں میں التہاب مفصل، وغیرہ۔ یا (۲) نبقات سبحیہ ایک تحت الحاد یا پست درجہ کی سرایت پیدا کردیتے ہیں۔ قلب کی کواڑیوں پر تحت الحاد جراثیمی التہاب دروں قلبہ اور شاید حاد رثیت بھی۔ گرد مصلی بافتوں میں رثیت نما التہاب مفصل۔ لوزتین میں مزمن عفونی التہاب لوزتین، وغیرہ۔

مخصوص جرثومیاتی طرز عمل (technique) کے ذریعہ ۱۶ قسم کے نبقات سبحیہ علیحدہ کئے گئے ہیں۔ ایسی شہادت ملی ہے کہ ان میں سے بعض نسلیں، کاشتی واسطوں وغیرہ میں ترمیم کردینے سے ایک دوسری میں تبدیل کی جاسکتی ہیں۔ سریری اغراض کے لئے نبقات سبحیہ کو

بالعموم دو گروہوں میں بانٹا جاتا ہے ۔ (۱) خون پاش نبقہ سبحیہ
(S. hæmolyticus) جو کاشت کرنے پر دموی خلیات کو خون پاشیدہ کر دیتا
ہے ۔ بالعموم اس کو حاد سرایتوں سے ، اور بعض مزمن سرایتوں سے بھی
علیحدہ کیا گیا ہے ، اور (۲) نبقہ سبحیہ اخضر (S. viridans) جو دموی
واسطوں پر ایک سبزی مائل لون پیدا کر دیتا ہے (غالباً جزوی خون پاشیدگی
کی وجہ سے) ۔ یہ صرف پست درجہ کی سرایتوں میں نمودار ہوتا ہے ۔ لیکن
جیسا کہ دوسری سرایتوں میں ہوتا ہے ، سرایت کی صحیح نوعیت ، صرف نبقی
سبحی حملہ آور کی قشبیت پر ہی منحصر نہیں ہوتی ، بلکہ میزبان کے بنیہ پر بھی
منحصر ہوتی ہے ۔ خون پاش نبقات سبحیہ میں ، علاوہ خون پاشیدگی کے
تین اور خواص پائے جاتے ہیں ۔ وہ ایک مولّد خلیات سرخ سم پیدا کرتے
ہیں ، جس پر تپ قرمزی میں بحث کی گئی ہے ۔ وہ ریم زا ہوتے ہیں ، اور
اس چیز کے خلاف کوئی ضدِ جسم تیار نہیں کیا گیا ۔ وہ بافتوں پر حملہ کرتے
ہیں (15) ۔ اس سلسلہ میں لینس فیلڈ (Lancefield) نے ضد جسم آفرینوں 48
میں تین مختلف اجسام پائے ۔ (۱) نیوکلیو پروٹین ۔ یہ غیر نوعی ہے ، کیونکہ یہ
نبقات ریویہ سے بھی بن جاتا ہے ۔ (۲) ایک "قسم کے لحاظ سے نوعی"
پروٹین ۔ یہ نبقہ سبحیہ کی خاص قسم کے متناظر ہوتا ہے ۔ (۳) ایک "نوع کے
لحاظ سے نوعی" کاربوہائیڈریٹ ۔ یہ تمام خون پاش نبقات سبحیہ میں مشترک طور
پر پایا جاتا ہے ۔ جب یہ پروٹین کے ساتھ وابستہ ہو جاتا ہے تو یہ ایک نوعی ضد
جسم آفریں کے طور پر فعل کرتا ہے ۔ جب نبقات سبحیہ کی ، واسطوں پر کاشت
کی گئی ہو تو "ماند" ("matt") قسم کی نوآبادیاں چنی جا سکتی ہیں ۔ یہ قسم قشبی
ہوتی ہے اور اس میں "قسم کے لحاظ سے نوعی" پروٹین پائی جاتی ہے ۔ دوسرے
ایک غیر قشبی "چمکدار" قسم کی نوآبادیاں چنی جا سکتی ہیں ۔ یہ قسم "قسم کے لحاظ
سے نوعی" پروٹین کھو چکی ہوتی ہے ۔ تاہم نوعی کاربوہائیڈریٹ اور مولّد خلیات سرخ
سم ہمیشہ موجود پائے جاتے ہیں ۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ مناعت کے
نقطہ نگاہ سے یہ موضوع کسقدر پیچیدہ ہے ۔ حاد رثیت سے نبقات سبحیہ کے

تعلقات پر آگے چلکر بحث کیجائیگی۔

تپ قرمزی

SCARLET FEVER

(Scarlatina: قرمزیہ)

تپ قرمزی ایک متعدی مرض ہے۔ اس کی امتیازی خصوصیات، بخار، حلق کی سوزش، جلد پر ایک چمکدار سُرخ توران، اور بعض پیچیدگیوں کا میلان ہے۔ ان پیچیدگیوں میں سب سے زیادہ اہم، حاد التہاب گردہ اور التہاب اذن وسطی (otitis media) ہیں۔

بحث اسباب۔ قرمزیہ ایک تسمم الدم ہے۔ اس کی وجہ، ایک خون پاش نبقۂ سبحیہ (یا نبقات سبحیہ کے گروہ) کے سموم ہیں، جس کو نبقۂ سبحیہ قرمزیہ (Streptococcus scarlatinæ) کہتے ہیں (6) اور جس کی چار نسلیں علٰحدہ کی گئی ہیں۔ ان نبقات سبحیہ کو، مرض کے مریضوں کے حلق اور لوزتین سے علٰحدہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ ایک مولّدِ خلیات سرخ بیرونی سم (erythrogenic exotoxin) پیدا کرتے ہیں۔ اس سم میں یہ خاصہ پایا جاتا ہے کہ جب اس کو مناسب طور پر ہلکا کیا جائے اور جلد میں مُشرب کیا جائے تو اس سے ایک احمراری چکتی پیدا ہوجاتی ہے۔ یہی سم، طفحہ کا ذمہ دار ہے۔ نیز اسی کو "ڈک کے کاشفہ" (Dick test) کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، جس کا آگے چلکر ذکر آئیگا۔ اگر اس کو بڑی مقداروں میں ایک اثر پذیر جانور میں مشرب کردیا جائے تو تپ قرمزی کا ایک خفیف حملہ واقع ہوتا ہے جس کے ساتھ قے، بخار، فردار زبان، عمومی طفحہ، گرد فمی شحوب، سوزش حلق، اور آخرکار تقشّر واقع ہوتا ہے۔ یہی سم، نبقات سبحیہ کی دوسری نسلوں سے بھی پیدا ہوسکتا ہے، مثلاً سرخبادہ سے۔ تاہم بالعموم یہ سب سے زیادہ

سرگرمی کے ساتھ تپ قرمزی کے نبقات کے ذریعہ ہی پیدا ہوتا ہے۔ طفحہ کے علاوہ یہ نبقات سبحیہ، بافتوں پر حملہ آور ہوجاتے ہیں اور مختلف پیچیدگیاں جیسے التہاب اذن وسطی وغیرہ پیدا کرتے ہیں۔ گویا وہ کسی بھی ریم زا عضویہ کی مانند فعل کرتے ہیں۔

تپ قرمزی کو، نبقہ سبحیہ قرمزیہ کی کاشتوں کو اثر پذیر لوگوں کے لوزوں پر پچارکر، مصنوعی طور پر پیدا کیا گیا ہے۔ مرض کی تعدیت اس بات پر منحصر ہے کہ بات کرتے وقت اور کھانسنے میں حلق سے پھوار کی صورت میں عضویات خارج ہوتے ہیں۔ تاہم یہ مرض، کپڑوں، کتابوں، کاغذوں، اور دوسری اشیا کے ذریعہ بھی پھیل سکتا ہے، کہ جن سے قشب بڑی مضبوطی سے چپک جاتا ہے۔ اسی طرح یہ مرض دودھ کو بطور غذا استعمال کرنے سے بھی پھیل سکتا ہے۔ یہ ایک ایسے مریض سے جو نبقی سبحی سوزش حلق میں مبتلا ہو اور جس کو تپ قرمزی نہ ہو، لگ سکتا ہے (7)۔

جن لوگوں پر حملہ ہوتا ہے ان کی بہت بڑی اکثریت، نوعمر بچوں کی ہوتی ہے۔ یہ مرض بالغوں میں نسبتۃً شاذ ہے۔ چھ ماہ تک کے شیرخوار بچے، جنھوں نے مشیمہ کے ذریعہ مناعت حاصل کی ہو، اثر ناپذیر ہوتے ہیں تحفظ ہمیشہ کامل نہیں ہوتا، چنانچہ بعض لوگوں کو دوسرا حملہ ہوجاتا ہے۔ ایسے مریض جن کو کھلے زخم ہوں، اور ایسی عورتیں جو نفاسی حالت میں ہوں، قرمزیہ کے لئے خصوصیت کے ساتھ اثر پذیر ہوتی ہیں۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ زخم یا رحم، قشب کے لئے ایک آسان راستہ مہیا کرتا ہے۔ ان جراحتی اصابتوں میں مرض، اکثر اوقات خفیف ہوتا ہے، اور سرایتی نہیں ہوتا، کیونکہ حلق سے کوئی مواد خارج نہیں ہوتا۔ طفحہ جزوی ہوتا ہے اور مختصر مدت کا ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ طویل زمانہ تک، قرمزیہ سے اس مرض کے تعلق کے بارے میں ایک غلط فہمی موجود رہی۔

مرضی تشریح ۔ قرمزیہ سے موت واقع ہونے کی صورت میں اعضا میں

کوئی ایسی بات نہیں پائی جاتی جو خاص ہو۔ خبیث اصابتوں میں وہ تغیرات جو
کہ ارتفاع تپش والے اور عفونی فتورات میں مشترک طور پر پائے جاتے ہیں
(ملاحظہ ہو صفحہ 18) موجود ہوتے ہیں۔ لوزتین میں تقرح یا تقیح کی وہ حالتیں
پائی جاتی ہیں جو کہ دوران زندگی میں دیکھی گئی ہیں۔ ممکن ہے دوسرے حصوں
میں بھی نبتی تسبجی حملہ اور التہاب ہو۔

49 **علامات اور ممر**۔ حضانت کی مدت، ایک سے آٹھ دن تک ہے
بالعموم حملہ یکایک ہوتا ہے۔ مریض کو لرزہ آتا ہے یا وہ قے کرتا ہے، اور
جبھی درد سر، اور اس کے ساتھ سستی، پشت اور جوارح میں درد، اور اشتہا
کے جاتے رہنے کی شکایت کرتا ہے۔ تپش بڑھ کر ۱۰۳° یا ۱۰۴° ہوجاتی ہے،
نبض نہایت تیز ہوجاتی ہے، اور تنفس بھی سریع ہوجاتا ہے۔ بہت جلد
گلے کی سوزش کی کچھ شکایت کی جاتی ہے، اور نگلنا دشوار ہوجاتا ہے۔

دوسرے دن —— یعنی بالعموم پہلی علامت سے بارہ اور چھتیس گھنٹہ
کے درمیان طفحہ نمودار ہوتا ہے۔ یہ سب سے پہلے سینہ کے بالائی حصہ،
گردن کے سامنے اور اس کی جانبوں پر دیکھا جاتا ہے۔ لیکن بہت جلد یہ شکم
اور پشت پر، اور پھر بالائی اور زیریں جوارح پر پھیل جاتا ہے۔ یہ باریک باریک
سرخ داغوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ داغ مرکز میں شوخ رنگت کے، کور کی طرف
دھندلے، اور پاس پاس واقع ہوتے ہیں، چنانچہ ان کی زیادہ پھیکی کوریں قریب
قریب گھل مل جاتی ہیں۔ بعض اوقات ان کی پیوستگی اسقدر مکمل ہوتی ہے کہ
جلد، ایک جیسی شوخ سرخ رنگت اختیار کرلیتی ہے۔ بعض اوقات تو ران زیادہ
غیر ملتفق ہوتا ہے، اور دھبوں کے درمیان پھیکی جلد کے رقبہ جات دیکھے جاتے
ہیں۔ چہرہ، پیشانی، اور گال بالعموم گہرے اور یکسانیت کے ساتھ تمتمائے
ہوئے ہوتے ہیں، اور ان میں طفحہ کی وہ نقطہ نما ترتیب ظاہر نہیں ہوتی جو
کہ دوسری جگہوں میں دیکھی جاتی ہے۔ لیکن منہ کے گرد کی جلد، پھیکی رنگت
ہی کی رہتی ہے، اور گالوں سے نمایاں تضاد ظاہر کرتی ہے (گرد فمی شحوب
(circum-oral pallor: ۔ جب مفرط طفحہ ہو تو جلد ذرا سی متورم ہوجاتی ہے

یہ ثوران، رنگت کی گہرائی اور توزیع کے لحاظ سے بہت سی قسمیں ظاہر کرتا ہے ۔ ممکن ہے یہ محض پھیکا گلابی ہو یا ممکن ہے یہ گہرا کبود ارغوانی ہو بعض شدید اصابتوں میں بثور سطح سے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں ۔ ممکن ہے ان پر آبلے یا پیپ کے چھوٹے چھوٹے نقطے بن جائیں ۔ کبھی کبھی نمشات پیدا ہو جاتے ہیں ۔ ممکن ہے طفحہ اپنی توزیع میں نہایت ہی محدود ہو ۔ ایسی صورت میں وہ صرف سینہ پر، یا چکتیوں میں رانوں، کہنیوں، یا ٹخنوں پر واقع ہوتا ہے ۔ یہ بات اکثر اوقات دوسرے حملوں میں واقع ہوتی ہے، یا ان خفیف اصابتوں میں واقع ہوتی ہے جو کہ بعض اوقات کھلے زخم رکھنے والے مریضوں میں دیکھی جاتی ہیں، کہ جن کا اوپر ذکر کیا گیا ہے ۔ طفحہ تیسرے یا چوتھے دن اپنی انتہا کو پہنچ جاتا ہے، اور چوتھے، پانچویں یا چھٹے دن ڈھلنا شروع ہوتا ہے ۔ یہ جملہ ۵ یا ۱۰ دن تک باقی رہتا ہے ۔ طفحہ کے زائل ہو جانیکے بعد تقشر (desquamation) واقع ہوتا ہے، دوسرے الفاظ میں جلد (cutis) کی اوپری تہیں اتر جاتی ہیں ۔ یہ چیز گردن کی جانبوں پر سفید، بھوسی نما ندفات کی صورت میں واقع ہوتی ہے جیسا کہ کیگر (Caiger) نے بتایا ہے، اس سے پہلے آلپن کی نوک جیسے گڑھے نمودار ہو جاتے ہیں، جس کی وجہ ہر بثرہ کی چوٹی پر برجلد کا پھٹ جانا ہے ۔ تقشر نہایت جلد، یعنی چھٹے یا ساتویں دن، جبکہ ثوران ٹانگوں میں ابھی نظر آسکتا ہے، واقع ہو سکتا ہے ۔ تاہم برجلد کی مقدار جو کہ اترتی ہے، اور ریزوں کی جسامت نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتی ہے ۔ بعض اوقات تو صرف اتنا ہی ہوتا ہے کہ ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں کی نوکوں کے آس پاس یا ہاتھوں کی ہتھیلیوں کی شکنوں میں ذرا سا کھردرا پن پایا جاتا ہے ۔ لیکن دوسری اصابتوں میں برجلد بڑے بڑے ندفات کی صورت میں جھڑ جاتی ہے ۔ شاذ مثالوں میں ہاتھوں اور انگلیوں کے مکمل، دستانہ نما سانچے اتر جاتے ہیں ۔ تقشر میں عام طور پر چار سے لیکر چھ ہفتے لگتے ہیں ۔ لیکن ان مخصوص اصابتوں میں اس سے بہت لمبی مدت درکار ہوتی ہے ۔

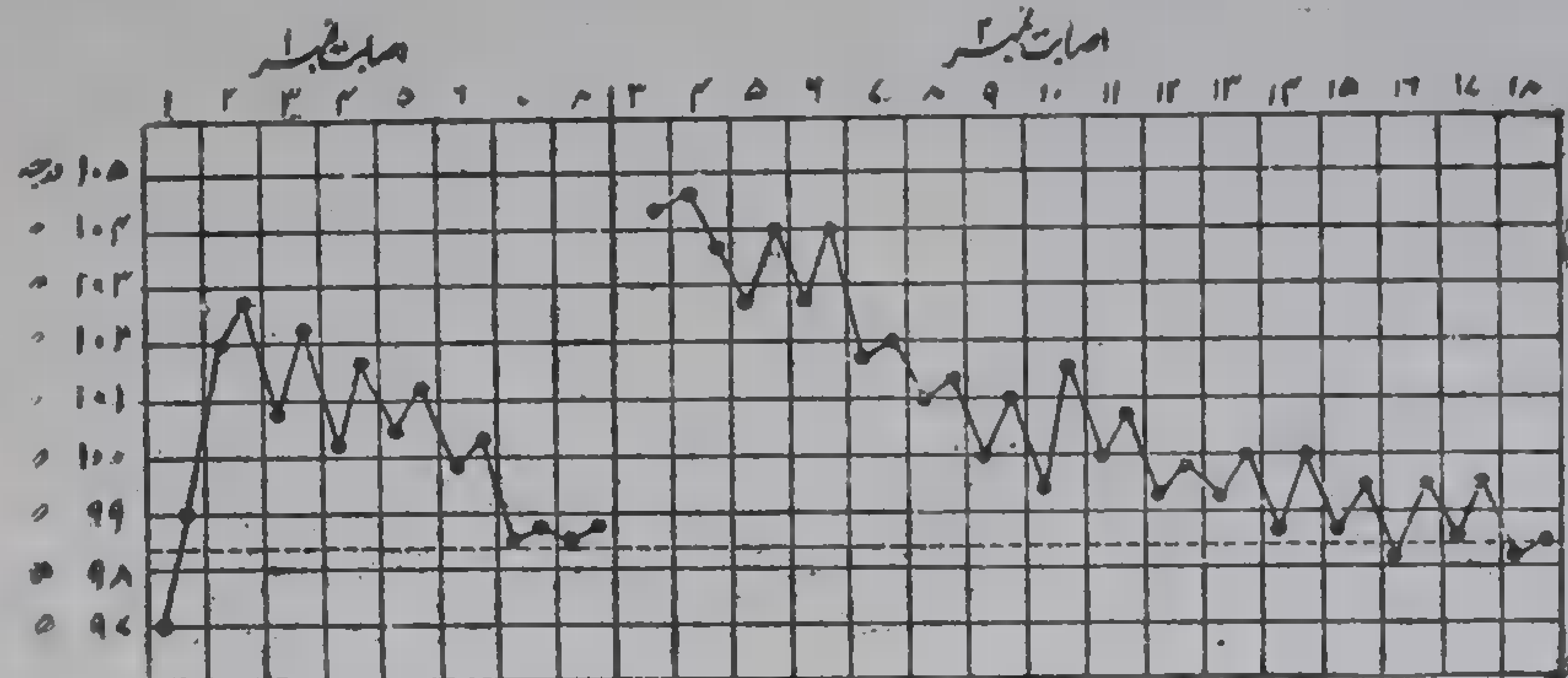
گلے میں یہ دیکھا جاتا ہے کہ لہاۃ، نرم تالو اور حلقوم گہرے سرخ ہیں

اور اکثر قدرے اذیمائی ہیں۔ لوزتین، سرخ، متورم اور وسطی خط کی طرف اُبھرے ہوتے ہیں۔ وہ جرابوں کے متمدد ہونے یا خاکستری یا زردی مائل افراز سے بے قاعدہ طور پر ڈھکے ہونے کے باعث، متعدد زرد نقطے ظاہر کرتے ہیں۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے وہ متقیح ہوجائیں یا ان میں غشیتات بن جائیں۔ انفی غشاء مخاطی بھی التہاب زدہ ہوجاتی ہے اور مخاط کی بہت سی مقدار کا افراز کرتی ہے۔ زیر فکی اور عنقی غدے، بڑے اور الیم ہوجاتے ہیں۔ زبان پر پہلے پہل سفید فر کی موٹی تہ جمی ہوئی ہوتی ہے، لیکن چند ہی دن میں یہ نوک سے قاعدہ تک اتر جاتی ہے۔ اب ایک شوخ سرخ، کچی سطح باقی رہ جاتی ہے جس پر فُطری الشکل حلیمات غیر معمولی طور پر نمایاں ہوتے ہیں۔ اس سے وہ منظر پیدا ہوتا ہے کہ جس کو "اسٹرابری زبان" ("strawberry tongue") کہتے ہیں۔

مرض کے ممر کے دوران میں ۱۰۶° کی تپش ہوجاسکتی ہے۔ اس وقت جلد تیزی کے ساتھ گرم اور بالعموم خشک ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ مفرط پسینہ آئے۔ نبض بڑھ کر ۱۲۰°، ۱۴۰°، بلکہ ۱۶۰° تک ہوسکتی ہے۔ مرض تقریباً چوتھے پانچویں یا چھٹے دن اپنی انتہا کو پہنچ جاتا ہے۔ پھر جب طفحہ ڈھلتا ہے تو تپش گرنی شروع ہوتی ہے۔ وہ بالعموم کسیقدر رفتہ رفتہ کم ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات زیادہ ناگہانی طور پر کم ہوجاتی ہے، یہانتک کہ طبعی حد آجاتی ہے۔ نقیہیت رفتہ رفتہ قائم ہوجاتی ہے۔

50 **پیچیدگیاں اور عواقب**۔ یہ بے شمار ہیں اور اہم ہیں۔ نہ صرف لوزتین کا، بلکہ نرم تالو اور لہاۃ کا بھی اغثاث واقع ہوسکتا ہے۔ زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ جبڑے کے نیچے کے اور گردن میں کے غدے بہت متورم ہوجاتے ہیں، اور ان کے آس پاس کی زیر جلدی بافت درریختہ ہوکر، عضیل اور منقلب ہوجاتی ہے۔ پھر جلد ایک تاریک سرخ رنگت اختیار کرلیتی ہے، اور اس کے نیچے اغثاث واقع ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جلد ایک بہت بڑے رقبہ پر نیچے کی بافتوں سے علٰحدہ ہوجاتی ہے۔ ایسی اصابتیں اکثر مہلک

ثابت ہوتی ہیں۔نیز نقیہیت کے دوران میں' التہاب غدہ (adenitis) پیدا ہونے کا امکان ہے' جو سادہ بھی ہوسکتا ہے(۸،۷و۱۳) اور تقیحی بھی (۲۳ و ۱) ۔حلق سے یوسٹیکیائی انبوبہ تک التہاب کے پھیل جانے سے التہاب اذن (otitis) یا کان کا التہاب (۱ و ۸) پیدا ہوسکتا ہے۔اس کے سبب سے' طبل گوش کا پھوڑا' غشاءِ طبلی کا انشقاق' اورسیلان اذن پیدا ہوسکتا ہے۔یہ سبب سے زیادہ عام طور پر زندگی کے پہلے پانچ سالوں میں واقع ہوتا ہے۔قرمزیہ کے دوران میں ممکن ہے اس کی کچھ اہمیت محسوس نہ ہو۔لیکن کئی مہینوں بلکہ کئی



تصویر ۵ ۔ قرمزیہ میں تپش۔

سالوں کے بعد تشویشناک یا مہلک نتائج کی بنا اسی سے پڑتی ہے۔ان نتائج میں ہم' حلیمتی خلیات کا تقیح' التہاب سحایا' دماغ کا خراج' جانبی جوف یا وداجی ورید کی علقیت (کہ جس سے تقیح الدم ہوجاتا ہے)' جانبی جوف سے نزف' اور وجہی شلل گنا سکتے ہیں۔متاثرہ جانب پر بہراپن تو خیر ہو ہی سکتا ہے۔

---

[1] خطوط وحدانی کے اندر صفحات ۱۲۸' ۱۲۹ میں ایسے جو اعداد ہیں وہ میٹروپالیٹن اسائلمز بورڈز ہاسپٹلز (Metropolitan Asylums Board's hospitals) کی سالانہ روئداد طبی ضمیمہ ۱۹۱۲ء' میں ۲۱۰۰۹ اصابتوں سے حاصل کئے ہوئے فیصدی اعداد ظاہر کرتے ہیں۔

ایک نوعمر بچے میں دوہرا التہاب اذن، مستقل بہرے گونگے پن کا باعث ہوسکتا ہے۔ دوسرے مقامی اضرار بھی بطور عواقب کے پیدا ہوسکتے ہیں، مثلاً قرنیہ کا اغشاث، زیر جلدی بافتوں میں پھوڑے، یا آکلتہ الفم (cancrum oris)۔

قرمزیہ کے سلسلہ میں گردہ اکثر ماؤف ہوجاتا ہے، اور التہاب گردہ اور البیومن بولیت مندرجہ ذیل تین طریقوں سے واقع ہوسکتی ہے البیومن بولیت طفحہ اور بخار کے درجہ میں اکثر پائی جاتی ہے۔ وہ مقدار میں تھوڑی ہوتی ہے، مدت میں عارضی ہوتی ہے، اور غالباً اسی طرح سے پیدا ہوتی ہے کہ جس طرح سے وہ دوسری سرایتوں کی شدید اصابتوں میں واقع ہوتی ہے (۶۰، ۹۷) دوسرے التہاب گردہ (۲۳۸، ۲) سب سے پہلے ایک عاقبہ کے طور پر پہچانا جاتا ہے۔ دوسرے الفاظ میں وہ بیماری کے آغاز سے دو، تین یا چار ہفتہ بعد، جبکہ مریض ابھی نقیہہ ہی ہوتا ہے، یا صرف تقشر میں مبتلا ہوتا ہے، پہچانا جاتا ہے۔ اسوقت التہاب گردہ، سردی لگنے اور تپش کی زیادتی اور گدلے یا بھوری رنگت کے البیومنی پیشاب کے آنے سے شروع ہوتا ہے۔ پھر یہ سب چیزیں، استسقاء ہوئے بغیر ہی زائل ہوجاتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں سب سے پہلی چیز جو دیکھی جاتی ہے پاؤں اور چہرے کا کسیقدر پھول جانا ہے۔ پھر پیشاب قلیل المقدار، گہری رنگت کا اور البیومنی پایا جاتا ہے، اور اس میں دموی لون اور ذراتی، زجاجی اور مرعلمی سبائک پائے جاتے ہیں۔ خفیف اصابتوں سے صحت یابی ہو جانا عام ہے۔ لیکن ممکن ہے استسقاء عام ہوجائے، اور چھ، بارہ یا اٹھارہ مہینہ کے بعد، ان شدید ثانوی پیچیدگیوں کی وجہ سے جو کہ دوسری جگہ بیان کی جائینگی (ملاحظہ ہو التہاب گردہ) موت واقع ہوجائے۔

شعبتی ذات الریہ، التہاب شعبتی، التہاب گرد قلبہ،

التہاب دروں قلبہ، ہر اصابت میں ۱ سے لیکر ۴ فیصدی تک واقع ہوسکتے ہیں۔ اسی طرح ذات الریہ، التہاب حنجرہ، التہاب سحایا، تقیح الدم، داء الرقص، یرقان، اور عنقی التہاب نسیج خلوی (cervical cellulitis) اس سے بھی کمتر واقع ہوتے ہیں۔ ذات الریہ اور شعبتی ذات الریہ ½ اموات

کے لیئے ذمہ دار ہیں۔ شعبتی ذات الریہ، حلق سے عفونی مواد سونگھنے کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔ ذات الجنب (۵۰۰ء) بطور عاقبہ کے پیدا ہوسکتا ہے۔ اگر انصباب پیدا ہوجائے تو یہ بہت جلد ریمی ہوجاتا ہے۔ جیسا کہ دوسرے شدید بخاروں میں ہوتا ہے، بعض اوقات قلب کا اتساع واقع ہوتا ہے۔ ایک حاد عمومی التہاب مفاصل، جو غالباً تپ رثیتی ہی ہے، اکثر اوقات تپ قرمزی کے بعد اسقدر فوری طور پر پیدا ہوتا ہے کہ ممکن ہے اسوقت جبکہ طفحہ ابھی موجود ہی ہو مفاصل پھول جائیں۔ اس کو بالعموم قرمزیتی رثییت کہتے ہیں۔ ممکن ہے یہ تبقی سبحی منظہر ہو، اور مصرائی مرض وغیرہ پیدا کردے۔ یہ چیز، قرمزیہ کی ایک مشکوک اصابت میں اکثر تشخیص کا آخری فیصلہ کرنے میں مفید ثابت ہوتی ہے۔ استثنائی طور پر مفاصل متقیح ہوجاتے ہیں۔ پرپیورا خاطف (purpura fulminans) جو خود بھی ایک شاذ حالت ہے، اسکی شائع شدہ اصابتوں میں سے تقریباً ایک چوتھائی، تپ قرمزی کے عاقبہ کے طور پر واقع ہوگئی ہے۔ خناق وبائی سے قرمزیہ کے بعض تعلقات کا ذکر خناق وبائی کے تحت کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو خناق وبائی)۔

اقسام۔ متوسط شدت کے قرمزیہ کی معمولی شکلوں کے علاوہ، جو کہ صحت یابی پر ختم ہوتی ہیں، ہم ایسی اصابتیں پہچان سکتے ہیں جنکو قرمزیہ خبیثہ (scarlatina maligna) کہتے ہیں۔ یہ شکل سمی شکل ہے۔ اس میں شدید اصابتیں شامل ہیں، جن میں سے بعض، مرض کی شدت سے پانچ یا چھ دن کے اندر مہلک ہوتی ہیں، اور سوائے سوزش حلق کے ان میں کوئی دوسری پیچیدگی نہیں ہوتی۔ تاہم ذہنی قواء سست پڑجاتے ہیں۔ ہذیان کثرت سے ہوتا ہے، خاص طور پر رات کے وقت۔ غنودگی اور قوما طاری ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات مریض پر تشنجات اور ہبوط کا حملہ ہوتا ہے، اور وہ قبل اس کے کہ طفحہ کو نمویاب ہونے کی مہلت ملے بارہ سے لیکر چوبیس گھنٹہ میں مرجاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں شدید لرزہ اور قے، ابتدائی شدید یا کبود طفحہ، بلند تپ اور ہذیان ہوتا ہے، اور مریض دو یا تین دن میں مرجاتے ہیں۔

ایسی اصابتوں کو کہ جن میں شدید سوزش حلق کی علامات پائی جاتی ہیں، قرمزیۂ ذبحی (scarlatina anginosa) کہا گیا ہے۔ اس سے بہت کچھ متناظر، قرمزیہ قرحی (scarlatina ulcerosa) یا کیگر کی عفونی شکل (septic form of Caiger) ہے، جس میں حلقومی قرحات ایک عفونی ماسکہ بنا دیتے ہیں، جس سے نظام مسموم ہوتا ہے۔

مخفی قرمزیہ (latent scarlatina) کی اصطلاح میں ایسی اصابتیں شامل ہیں کہ جن میں طفحہ اور سوزش حلق خفیف ہوئی ہو اور اصابت شناخت ہونے سے رہ گئی ہو۔ بیماری محض، تقشر یا استسقاء کلی کے واقع ہونے سے دریافت ہوئی ہے۔

تشخیص۔ قرمزیہ اسطرح پہچانا جاتا ہے کہ خاص طور پر اسوقت جب کہ مرض کا اس زمانہ میں پھیلا ہونا معلوم ہو، بخار کی حالت اور اس کے ساتھ سوزش حلق واقع ہوتی ہے، جس کے ایک دن بعد ممیز، نقطہ دار احمراری طفحہ نمودار ہوتا ہے۔ دوسری ممیز خصوصیات جن سے تشخیص میں مدد مل سکتی ہے یہ ہیں: ناگہانی آغاز جس کے ساتھ اکثر قے ہوتی ہے، گرد فمی شحوب جو سرخ گالوں سے تضاد ظاہر کرتا ہو، زبان کی حالت، جو شروع میں فردار، سرخ کنارے والی، بعدازاں چکیتی دار، اور آخرکار "اسٹرابری" ہو جاتی ہے، اور الپن کے سوراخ اور ندفہ والا تقشر (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 27)۔

ابتدائی درجہ میں جبکہ حلق کی سوزش کی موجودگی سب سے نمایاں خصوصیت ہوتی ہے، تپ قرمزی کو خناق وبائی، التہاب لوزتین، انفلوئنزا کی ذبحی شکل، اور ثانوی آتشک سے متفرق کرنے کی ضرورت پڑتی ہے۔ جب طفحہ نمویاب ہو جائے تو قرمزی تپ کو، کھسرا، حمیرا (rubella) (ملاحظہ ہو صفحہ 27)، آتشکی وردیہ (syphilitic roseola)، ٹائیفس (typhus) اور ان "عفونی" طفحات سے متفرق کرنا چاہیئے کہ جو نفاسی تپ اور دوسری عفونی حالتوں میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ نہایت ہی غیر اہم عفونی ماسکہ جات جیسے حصفہ (impetigo) بھی قرمزیہ نما طفحہ پیدا کر سکتے ہیں۔ نیز مختلف ادویہ ایک ایسا

طفحہ پیدا کر سکتی ہیں جو کہ تپ قرمزی سے ملتا جلتا ہے۔ پھر وہ طفحات بھی یاد رکھنے چاہئیں جو کہ غذا سے واقع شدہ معائی اختلالات سے وابستہ ہوتے ہیں یا کھوڑے کے مصل کے اشراب کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان مثالوں میں جلد بعد میں جا کر اترتی ہے۔

شلٹز۔ چارلٹن کا رنگ پھیکا کر دینے کا منظہر (Schultz-Charlton blanching phenomenon)، تشخیص کا ایک نوعی طریقہ بہم پہنچاتا ہے۔ مرتکز قرمزیتی ضد سم (۱۰ میں ۱) کا ۲ء مکعب سنٹی میٹر ایک احمراری رقبہ میں درون ادمی طور پر مشرب کیا جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ۱۰ سے ۱۸ گھنٹہ کے اندر اشراب کے آس پاس جلد کی رنگت پھیکی پڑ جاتی ہے۔

انذار تمام اصابتوں میں نہایت غیر یقینی ہوتا ہے۔ خفیف ترین اصابتوں میں بھی، کلوی پیچیدگیاں تشویشناک یا مہلک ثابت ہو سکتی ہیں۔ تاہم شرح اموات اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض وبائیں انتہائی طور پر خفیف ہوتی ہیں لیکن بعض میں شرح اموات ۳۰ یا ۴۰ فیصدی ہو سکتی ہے۔ مٹروپولٹن اسائلمز بورڈ (Metropolitan Asylums Board) کے شفا خانوں میں ۱۹۱۲ء میں شرح اموات ۴ء اعشاریہ، اور ۱۹۱۵ء میں ۳.۰ء۲ فیصدی۔ انفرادی اصابتوں میں انذار، 52
مریض کی روزانہ حالت سے دریافت کیا جاتا ہے۔ پیچیدگیوں سے خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ نہایت شدید ذبحہ (angina)، اور شدید یا کبود طفحہ جو دیر سے نکلے، ناموافق ہیں۔ وہ اصابتیں جن میں عنقی غدوں کا اغثاث ہو جاتا ہے، بالعموم مہلک ثابت ہوتی ہیں۔

تحریزی تدابیر۔ قرنطینہ کی مدت آٹھ دن ہے۔ ابتدائی ترین ممکنہ لمحہ پر مریض کو علٰحدہ کر دینا چاہئیے (ملاحظہ ہو صفحہ 11)۔

نقیہہ مریض، جب عموی شفاخانوں سے اپنے گھروں کو لوٹتے ہیں تو وہ اپنے بھائیوں اور بہنوں میں مرض کو منتقل کر دیتے ہیں کہ جو اب تک سرایت زدہ نہیں تھے۔ ایسا اس کثرت سے واقع ہوا ہے کہ نئے مبتلاؤں کو "واپسی کے مریض" کے نام سے پکارا گیا ہے۔ چونکہ تعدیہ، متقشر ہونے والی جلد سے زیادہ

گلے، ناک یا کان کے افرازات کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے، اس لیے آخرالذکر کی طرف خاص توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ جب تک کہ کم از کم چار ہفتے نہ گزر جائیں، کسی مریض کو غیر محفوظوں کے ساتھ ملنے جلنے کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ اگر کوئی سوزش حلق، یا ناک یا کانوں سے آنے والا کوئی مواد اب تک موجود ہو، تو اس مدت کو اور بھی لمبا کردینا چاہئے۔ آخری دفع سرایت یہ ہے کہ مریض ایک گرم غسل کرے، اور اپنے بالوں کو اچھی طرح دھلوائے۔ اگر وہ شفاخانہ میں ہی ہو تو اس کو گھر جانے سے پیشتر کچھ مدت تک باقی حاد اصابتوں سے علٰحدہ رکھنا چاہئے۔

تپ قرمزی کے لئے افراد کی اثرپذیری "ڈک" کے کاشفہ (Dick test) کے ذریعہ دریافت کی جاتی ہے۔ نوعی خوں پاش نبقہ سبحیہ کے سمی مقطر کے ہلکائے ہوئے محلول کا ۱ء سے لیکر ۲ء مکعب سنٹی میٹر دروں ادمی طور پر مشرب کیا جاتا ہے۔ گرم کئے ہوئے سم کو بطور ایک معیار کے دوسرے بازو میں مشرب کردیا جاتا ہے۔ اگر سرخی کا ایک مقامی رقبہ، جو قطر میں ۲۰ سے لیکر ۳۰ ملی میٹر تک ہو، چار سے چھ دن میں نمودار ہونا شروع ہو اور ۲۴ گھنٹہ میں اپنے اتم درجہ کو پہنچ جائے تو یہ ایک مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے۔ منفی، کاذب، اور مخلوط تعاملات بھی حاصل ہوتے ہیں، اسی طرح کہ جس طرح وہ شک کے کاشفہ (Schick test) کی صورت میں حاصل ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو بیان)۔ اگر تپ قرمزی، بچوں کے تیمار خانہ میں پھوٹ پڑے، تو یہ ضروری نہیں ہے کہ تیمار خانہ کو بند کردیا جائے۔ تپ قرمزی کے مریض کو ایک حموی شفاخانہ میں منتقل کردیا جاتا ہے۔ پھر تمام مریضوں پر "ڈک کا کاشفہ عمل میں لایا جاتا ہے" اور اگلے دن تمام "ڈک مثبت" (Dick-positive) بچوں کو قرمزیتی ضد سمی مصل کی ایک معتاد (۵ مکعب سنٹی میٹر) دروں عضلی طور پر دی جاتی ہے۔ تیسرے دن ان سب پر پھر ڈک کا کاشفہ عمل میں لایا جاتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو مصل کی ایک مزید معتاد دی جاتی ہے (14)۔ بدقسمتی سے، ڈک کا کاشفہ اتنا یقینی نہیں ہے کہ جتنا شک کا کاشفہ خناق وبائی میں ہے۔

علاج ۔ مرض کے پہلے چار دنوں میں نوعی ضد سمی مصل کے استعمال سے تیزی سے صحت یابی ہو جاتی ہے اور عفونی پیچیدگیاں نہیں ہونے پاتیں مرتکز قرمزیتی ضد سمی گلوبیولنز (antitoxin globulins) کے ۱۰ سے لے کر ۶۰ مکعب سنٹی میٹر مشرب کئے جاتے ہیں۔ اس کو دروں وریدی طور پر مشرب کیا جاتا ہے، لیکن ایک موت بھی درج کی گئی ہے (11) ۔

عمومی علاج اسی طریقہ پر کرنا چاہئے کہ جس طریقہ پر دوسرے بخاروں کا کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو ارتفاع تپش) ۔

حلق میں مقامی دوائیں، جزوی طور پر مخففات مرض کے طور پر، اور جزوی طور پر دافعات عفونت کے طور پر لگائی جاتی ہیں ۔ اگر حلق میں درد ہو، تو مریض کو برف چوسنے کو دینی چاہئے ۔ دوائیں لگانے کا ایک نہایت مفید طریقہ پچکاری کرنا ہے ۔ مریض اپنی کروٹ پر لیٹ جاتا ہے ۔ پچکاری کو بہت دور تقریباً لوزہ کی حد تک داخل کیا جاتا ہے، جو کہ سب سے اوپر ٹکا ہوا ہوتا ہے ۔ سیال کو ایک پیالے میں اکٹھا کر لیا جاتا ہے ۔ بورک ایسڈ (نیم سیر شدہ محلول) یا یوسال (eusol) استعمال کر سکتے ہیں ۔ جب پچکاری کرنا مشکل ہو تو پچارنا بھی عمل میں لا سکتے ہیں ۔ پرمینگنیٹ آف پوٹاشیم (۲ گرین ایک اونس میں)، فارملین (۲۰۰ میں ۱)، کائنوسال (chinosol) (۶۰۰ میں ۱)، ٹنکچر آف فیرک کلورائیڈ (tincture of ferric chloride) (آدھ ڈرام ایک اونس میں)، کاربالک ایسڈ (carbolic acid) (۲ گرین ایک اونس میں)، بوروگلسرائیڈ (boroglyceride) کے غسولات، ایک برش، یا نسالہ کی پھریری سے ہر چار گھنٹہ کے بعد لگائے جاتے ہیں ۔ اس سے کسیقدر زیادہ طاقتور محلول میں ان کو بطور رشاش کے استعمال کیا جا سکتا ہے ۔ رشاش کے لئے ایک مفید محلول یہ ہے: کاربالک ایسڈ ۱۲۰ گرین، آیوڈین کا مروخ ۲ ڈرام، روح شراب مصفّٰی ایک ڈرام، پانی ۱۲ اونس تک ۔ گردن میں اور جبڑوں کے آس پاس درد اور ورم کے لئے گرم تکمیدات یا گرم پانی میں بھگو کر نچوڑا ہوا بورک نسالہ (boric lint) لگا سکتے ہیں ۔

پیچیدگیوں کے لئے مخصوص علاج کی ضرورت پڑتی ہے ۔ پھوڑوں کو

بہت جلد کھول دینا چاہئے۔ التہاب اذن میں، حلمیتی خطہ میں برف کی چھوٹی چھوٹی تھیلیاں لگانے سے درد کو افاقہ حاصل ہو سکتا ہے۔ مصنف ہذا نے انھیں برن (Berne) میں استعمال ہوتے ہوئے دیکھا تھا۔ گرم تکمیدات لگانا
53 یا منفذ میں گرم پانی داخل کرنا کم موثر ہوتا ہے۔ اگر وسطی کان میں تقیح پہچانا جائے تو طبلی غشاء میں کچوکا دینے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ پھر منفذ میں گرم پانی یا ہلکا ہوئے کانڈی کے سیال سے، یا بورک ایسڈ کے محلول (۲۰ میں ۱) سے آہستہ سے پچکاری کی جاسکتی ہے۔ التہاب زلالی (synovitis) کے لیے سیلی سلیٹ آف سوڈیم، ۱۰ یا ۱۵ گرین کی خوراکوں میں دینا چاہئے۔ کلوروفارم یا لفاح (belladonna) کا مروخ (liniment) مقامی طور پر استعمال کیا جاسکتا ہے۔ قرمزیتی التہاب گردہ کی روک تھام اور علاج پر بعد میں بحث کی جائیگی (ملاحظہ ہو التہاب گردہ)۔ شدید ٹائیفائڈی شکلوں میں، کہ جن میں تیز کمزور نبض ہو، مہیجات دینے چاہئیں

نبقی سبحی عفونت الدم

Streptococcal Septicæmia

بحث اسباب۔ ایک حاد عفونت الدم، کسی بھی مقامی نبقی سبحی سرایت کی اثناء میں کسی وقت پر بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ یا وہ جسم میں نبقہ سبحیہ کے داخل ہونے کے بعد براہ راست پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ طبیب، اور طبی طالب علم، ایسے اتفاقی زخموں سے کہ جو عملیات اور امتحانات لاش پر لگے ہوں سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ نیز نبقی سبحی عفونت الدم، تپ نفاسی کی ایک عام شکل ہے، کہ جس میں نبقہ سبحیہ، زچگی کے بعد رحم سے جسم میں داخل ہو جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ حاد نبقی سبحی عفونت الدم میں بعد الموتی انکشافات، شاید سروحات کو چھوڑ کر، نمایاں نہیں ہوتے۔ طحال بڑھی ہوئی اور نرم ہوتی ہے مصلی غشاؤں کے نیچے کدمات پائے جاتے ہیں۔ اور طحال اور دونوں قلبہ،

خون پاشیدگی کے باعث گلابی رنگ سے رنگے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور لمی ٹیرفوں پر الپن کی نوک کے برابر روئیدگیاں موجود ہوتی ہیں۔ دوسرے تغیرات جو کہ ارتفاع تپش کے تحت بیان کئے گئے ہیں پائے جاسکتے ہیں۔

علامات ۔ حاد نبقی سبحی عفونت الدم میں، انتہائی طور پر قشبی اور مہلک اصابتوں میں تپش بمشکل کچھ بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ مسلسل، متفرز یا وقفہ دار ہوسکتی ہے، جیسا کہ تصویر ا میں (صفحہ 18) دکھایا گیا ہے۔ اس کے ابھار بعض اوقات ۱۰۵ بلکہ ۱۰۶ ف تک پہنچ جاتے ہیں۔ لرزے عام ہوتے ہیں، اور نبض تیز ہوتی ہے۔ بعض ممیز خصوصیات بھی پائی جاتی ہیں۔ اسہال اکثر کثرت سے ہوتا ہے اور تکلیف دہ ہوتا ہے۔ پیشاب میں البیومن سرخ خلیات اور سبیکہ جات پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے یہ معین طور پر دھنیلا ہو۔ یہ سب امارات یہی ظاہر کرتی ہیں کہ نبقی سبحی التہاب گردہ موجود ہے۔ تیزی سے بڑھتی ہوئی عدم دمویت اور لاغری پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات یرقان بھی ہوتا ہے۔ زبان کچی یا متقشر ہوتی ہے، اور وہ چکنی اور سرخ نظر آتی ہے (53)۔ پھر ممکن ہے کچھ طحالی کلافی پرپورا، اور احمرار پایا جائے اور پھیپھڑوں اور مخاطی غشاؤں کے ماؤف ہونے کی شہادت موجود ہو۔ مصنف ہذا کی ایک اصابت میں باریطون متاثر تھا۔ ممکن ہے کثرت خلیات ابیض، ....۳ کی حد تک پائی جائے۔ ذہنی حالت، ٹھیک دم آخر تک چوکنی رہ سکتی ہے۔ وہ تحت الحاد قسم میں ممیز طور پر خفیف سا احساس عافیت لئے ہوئے ہوتی ہے۔ کثیر مفصلی التہاب (polyarthritis) جو زیادہ اکثر غیر تقیحی ہوتا ہے، کثرت سے واقع ہوتا ہے (۳۱ اصابتوں میں سے ۱۲ اصابتیں)، اور پیپ جسم کے کسی بھی حصہ میں اکٹھی ہوسکتی ہے۔ ان نام نہاد "تثبیتی" پھوڑوں کا پیدا ہونا ایک سازگار خصوصیت ہے کیونکہ نبقانت سبحیہ ایسی جگہوں میں محدود المقام ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ تثبیتی پھوڑے اتنے عام نہیں ہوتے جتنے کہ وہ نبقی عنبی عفونت الدم میں ہوتے ہیں۔

تحت الحاد نبقی سبحی دموی عفونتیں، سریری طور پر سرایتی التہاب دروں قلبیہ کی مختلف قسموں سے مماثل ہوتی ہیں، حقیقت یہ ہے کہ نبقی سبحی

عفونت الدم کی ایسی اصابت، جس کا طویل عمر ہو، اور جس میں قلب کی کواڑیوں پر یا دیواروں پر سرایتی التہاب دروں قلبہ کی تمثیلی روئیدگیاں نہ ہوں یقیناً شاذ ہے۔

تشخیص۔ قطعی تشخیص تو یہ ہے کہ جوئے خون سے یا کسی مقامی ضرر سے نبقہ سبحیہ کو علیحدہ کیا جائے۔ کثرت خلیات ابیض کی موجودگی اور منفی وڈال (Widal) سے تپ محرقہ خارج از بحث ہو جاتا ہے۔ نبقی ریوی عفونت الدم کی اکثر اصابتوں میں کچھ نہ کچھ ریوی ماؤفیت پائی جاتی ہے اور شرح تنفس بلند ہوتی ہے۔

انذار۔ یہ ایک نہایت ہی تشویشناک مرض ہے۔ لیکن صحت یابی واقع ہو سکتی ہے، خواہ دموی کاشت مثبت ہی کیوں نہ ہو۔ ایک بلند کثرت خلیات ابیض ایک سازگار خصوصیت ہے۔

علاج۔ کثیر القیمت ضد نبقی سبحی مصل کے ۳۰ تا ۶۰ مکعب سنٹی میٹر، یا مرتکز قرمزیتی ضد سمی گلوبیولنز کی اتنی ہی مقدار کا دروں وریدی اشراب استعمال کیا جا سکتا ہے۔ جراحی کی تدابیر جیسے جیسے ضرورت ہو، انجام دی جا سکتی ہیں۔

54 سرخبادہ

Erysipelas

(*St. Anthony's Fire, The Rose*)

سرخبادہ ایک نوعی متعدی مرض ہے، جس کا امتیازی خاصہ جلد کا ایک عجیب وغریب قسم کا التہاب ہے۔ یہ ایک خون پاش نبقہ سبحیہ کے حملہ کے سبب سے ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ سرخبادہ کا سب سے عام سبب محرکہ، ایک زخم کی موجودگی ہے۔ سرایت سطح کے اس انقطاع میں سے واقع ہوتی ہے اور آس پاس کی جلد تک پھیل جاتی ہے۔ یہ مرض شیر خوار بچوں اور چالیس سے

اوپر کے لوگوں کو باقی لوگوں کی بہ نسبت زیادہ کثرت سے متاثر کرتا ہے۔ مردوں اور عورتوں میں اس کا تقریباً مساوی رجحان ہوتا ہے۔ فرد کی بعض حالتیں اس کے امکان کو زیادہ کردیتی ہیں، مثلاً جگر اور گردوں کا مزمن مرض، مزمن الکحلیت، اور ناکافی غذا سے پیدا شدہ سوء تغذیہ۔ سردی اور مرطوب موسم، گنجانی، خراب ترویج، گرد و غبار اور خراب غذا اور پانی بھی یہی کام انجام دے سکتے ہیں۔ ممکن ہے ایک شخصی رجحان بھی موجود ہو، کیونکہ مرض بسا اوقات ایک ہی شخص میں بار بار واقع ہوتا ہے۔ بہر حال مناعت جو اس سے حاصل ہوتی ہے بظاہر زیادہ دیر قائم نہیں رہتی۔

امراضیات۔ متاثرہ حصہ کی جلد کے خوردبینی امتحان سے پتہ چلتا ہے کہ ادمہ اور زیر جلدی بافتیں، متورم اور اذیمائی ہوتی ہیں اور وہ بڑے بڑے ذراتی سفید خلیات سے بھری ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ خلیات، ادمہ کی بالائی تہوں میں لمفی عروق کو بھرتے بھی ہیں اور ان کو قریبی طور پر گھیرے ہوئے بھی ہوتے ہیں۔ مرض، اوپری لمفی فضاؤں کے ذریعہ پھیلتا ہے۔ یہ ان خطوط پر کہ جہاں جلد، زیرافتادہ حصوں سے قریبی طور پر منضم ہوتی ہے، مثلاً رباطِ پوپارٹ (Poupart's ligament) اور حرقفہ کے عرف (crest of the ilium) کے ساتھ ساتھ، بسا اوقات رک جاتا ہے یا ٹھیر جاتا ہے۔

مرض کے بڑھتے ہوئے حاشیہ پر، اور مرکزی حصوں کی جلد کی زیادہ گہری تہوں میں، لمفی عروق اور لمفی فضاؤں میں نبقات سبحیہ پائے جاتے ہیں۔ خرگوشوں اور انسانوں میں کاشتوں کے ذریعہ تطعیم میں کامیابی ہوئی ہے۔

علامات۔ تفرز اور عملیہ سے قطع نظر کیا جائے تو سرخ باده سب سے زیادہ عام طور پر چہرہ پر حملہ کرتا ہے، اور ذیل کا بیان خاص طور پر اسی خطہ پر اطلاق پذیر ہے۔ مرض کی مدت حضانت غالباً صرف چند دن ہے، تین سے لیکر چھ دن یا بعض مثالوں میں اس سے بہت زیادہ۔ اس کا حملہ، بالعموم جاڑا لگنے یا لرزے سے ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ایسی کسلمندی پائی جاتی ہے جیسی کہ عام طور پر نوعی تپوں کے آغاز کے ساتھ پائی جاتی ہے، جیسے درد سر،

عدم اشتہا، فرداز زبان اور عمومی اعضاشکنی۔ چند گھنٹوں کے اندر چہرہ کے کسی حصہ پر، مثلاً ناک کی جانب پر، آنکھ کے اندرونی گوشہ پر یا بیرونی کان پر ایک سرخ، الیم دھبہ نمودار ہوتا ہے۔ اگر جلد کا کوئی ضرر موجود ہو تو یہ اُس سے متعین ہوسکتا ہے۔ بعض اوقات یہ جلد، اور کسی ایک دہنہ (orifice) کی غشاء مخاطی کے اتصال پر کے مقام سے شروع ہوتا ہے۔ یہ دہنے، ناک، منہ اور بیرونی کان ہیں۔ دھبہ بڑا ہوجاتا ہے، اور جلد شوخ سرخ، متورم اور نہایت ہی الیم ہوجاتی ہے۔ دبانے پر اس میں گڑھا پڑتا ہے۔ ممکن ہے یہ التہاب، چہرہ کے ایک جانب ہی محدود رہے، لیکن زیادہ اکثر یہ دونوں جانبوں کو متاثر کرتا ہے۔ ممکن ہے یہ جلدالراس تک پھیل جائے۔ یہ اختلاف پذیر تیزی کے ساتھ پھیلتا ہے۔ بڑھتا ہوا حاشیہ خوب واضح، موٹا اور سطح سے اوپر اٹھا ہوا ہوتا ہے۔ اس کے سامنے اس جگہ جو کہ ابھی سرخ نہیں ہوئی، جلد کے نیچے چھوٹے چھوٹے زبان نما ابھار محسوس ہوسکتے ہیں۔ اس طرح تین چار یا پانچ دن میں پورا چہرہ ڈھک سکتا ہے۔ مرض کی انتہا میں، چہرہ ایک عجیب و غریب منظر پیش کرتا ہے۔ اس کے خدوخال بے حد پھولے ہوتے ہیں، ان کی رنگت شوخ یا سیاہی مائل سرخ ہوتی ہے، آنکھوں کے پپوٹے متمدد ہوتے ہیں بلکہ پھکنیوں کی مانند دکھائی دیتے ہیں۔ بالعموم ان کے بیچ سے کچھ کچھ مخاطی پیپ رستی ہے۔ کان موٹے اور بے حد بڑھے ہوئے ہوتے ہیں، اور مریض کو پہچاننا قطعاً ناممکن ہوتا ہے۔ جلدالراس بھی متورم اور پھولی ہوئی ہوتی ہے۔ اکثر گالوں یا آنکھوں کے پپوٹوں پر آبلے بنجاتے ہیں، جن میں زرد زرد مصلی قیحی یا قیحی سیال پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے یہ پھوٹ جائیں اور زرد کھرنڈ باقی رہ جائیں، جن سے مریض اور بھی بدشکل ہوجاتا ہے۔ پڑوس کے لمفی غدد بڑے اور الیم ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے وہ جلد کا بدیہی التہاب شروع ہونے سے پہلے ہی اسطرح متاثر ہوجائیں۔

بالعموم مرض کے ساتھ بلند تپ پائی جاتی ہے۔ تپش بالعموم جلد ہی ۱۰۲° یا ۱۰۳° ہوجاتی ہے، اور تیسرے یا چوتھے دن ۱۰۴° یا ۱۰۵° کے اعظم کو پہنچ جاتی ہے۔ چھٹے دن کے قریب یہ کسیقدر یکایک گرجاتی ہے۔ لیکن اگر جلدی التہاب

باقی رہے تو تپش ممکن ہے بلند ہی رہے ۔ یا مقامی فساد کے تازہ حملہ پر دوبارہ بلند
ہوجائے ۔ حقیقت میں یہ جلد کے التہاب پر قطعی طور پر منحصر ہوتی ہے ۔ بعض مثالوں 55
میں، شاید زیادہ اکثر اسوقت جبکہ سرخبادہ بہت وسیع نہ ہو، تپش ۱۰۲° سے اوپر
نہیں جاتی ۔ نبض تیز اور ممتلی ہوتی ہے، اور شمار میں ۱۰۰ سے لیکر ۱۲۰ یا زیادہ
ہوتی ہے ۔ زبان ایک موٹی سفید فر سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے ۔ پیشاب قلیل ہوتا
ہے، اور بہت سی مثالوں میں اس کے اندر کچھ البیومن پایا جاتا ہے، جو چند دن تک
موجود رہتا ہے ۔ التہابی حالت، غشاء مخاطی پر بھی حملہ کر دیتی ہے ۔ تالو، حلقوم،
لوزتین، اور کبھی کبھی حنجری غشاء مخاطی سرخ اور پھولی ہوئی ہوتی ہے، اور یہ سانس
لینے اور نگلنے میں دقت کا باعث ہوتے ہیں ۔ خون میں کثیر الاشکال نواتی کثرت
خلیات ابیض نظر آتی ہے ۔ شدید اصابتوں میں ہذیان ہونا عام ہے ۔ یہ بالعموم
دھیمی بربری قسم کا ہوتا ہے ۔ ممکن ہے اس کے بعد قوما پیدا ہوجائے جبکہ وقت
التہاب ابھی ایک جانب کو پھیل رہا ہوتا ہے، ان مقامات پر جو کہ پہلے متاثر
ہوگئے تھے وہ گھٹنا شروع کر دیتا ہے ۔ ایسی صورت میں بمقابلہ بڑھنے والے
حاشیہ کے یہ پیچھے ہٹنے والا کنارہ کم واضح ہوتا ہے، اور اس کی رنگت اور
ارتفاع رفتہ رفتہ تندرست جلد سے مل جاتی ہے ۔ تورم، ایلیمیت اور دبانے
پر گڑھا پڑنا یہ چیزیں باری باری سے تمام متاثرہ رقبہ پر سے گھٹ جاتی ہیں ۔
رنگت کسیقدر پھیکی پڑجاتی ہے، لیکن اکثر وہ ایک بھوری جھلک میں تبدیل ہوجاتی
ہے ۔ اب مردہ سرحلمہ کے بڑے بڑے، موٹے گالے اُترنا شروع ہوتے ہیں ۔ اس
عمل میں چند دن لگتے ہیں ۔ جلد الراس کے سرخبادہ کے بعد، اسوقت جب کہ جلد
اُترتی ہے یا اس سے کسیقدر دیر کے بعد، اکثر اوقات بال جھڑجاتے ہیں ۔

موت، خستگی سے واقع ہوتی ہے، جس کے ساتھ ہذیان اور قوما ہوتا
ہے ۔ ایسا خاص طور پر زیادہ عمر کے مریضوں، عادی شراب خواروں، اور مزمن
احشائی مرض والے لوگوں میں ہوتا ہے ۔ نیز موت، پیچیدگیوں سے واقع ہوسکتی
ہے ۔

پیچیدگیاں اور عواقب ۔ جلد کے نیچے پھوڑے بن سکتے ہیں،

جو کہ ثانوی نبقی عنبی حملہ کی وجہ سے ہوسکتے ہیں۔ تنی ہوئی جلد کا ممکن ہے اغناث واقع ہوجائے۔ ممکن ہے لمفی غدد کا تصلب یا شاذ و نادر تقیح ہوجائے۔ حنجری اذیما سے اختناق واقع ہوسکتا ہے۔ ذات الریہ اور ذات الجنب کی پیچیدگیاں کبھی کبھی واقع ہوتی ہیں' اور التہاب باریطون اور التہاب دروں قلبیہ کا اندراج کیا گیا ہے تقیح الدم اور التہاب سحایا کا' سرخباده کے سلسلہ میں کثرت سے ذکر کیا جاتا ہے' لیکن خود سرخباده کے براہِ راست نتائج کے طور پر یہ دونوں چیزیں شاذ ہیں۔ اول الذکر اس زخم سے پیدا ہوسکتا ہے کہ جو نوعی التہاب سے پہلے موجود تھا۔ آخر الذکر اسوقت ہوسکتا ہے جبکہ اصلی ضرر جمجمہ کا کسر ہوا ہو یا جب سرایت' مجر سے اندر کو پھیل جائے۔ جلد الراس کے سرخباده میں ہذیان' تیز و تند یا مانیائی ہوسکتا ہے اور اس کے ہمراہ اختباطات پائے جاسکتے ہیں۔ تاہم یہ بجائے خود' التہاب سحایا کی تشخیص کو جائز ٹھیرانے کے لئے کافی نہیں ہے۔ نیز ممکن ہے ذہنی اختلال' ایک عاقبہ ہو۔

تشخیص - وجہی سرخباده کو احمرار' حاد اکزیما' نملۂ نطاقی' جو فیزی پھوڑے' بلکہ کن پھیڑے سے گڈمڈ کیا جاسکتا ہے۔ احمرار سرخ چکتیوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ بالعموم تعداد میں دو یا تین ہوتی ہیں' بہت کم اٹھی ہوئی ہوتی ہیں' اور ان کے ساتھ کوئی نمایاں تپ نہیں ہوتی۔ ایک حاد اکزیما اور نملہ کی آبلہ داری ممیز ہوتی ہے۔ نملہ یک جانبی ہوتا ہے' اور پانچویں عصب کی توزیع کے رقبہ جات میں سے کسی ایک رقبہ تک محدود ہوتا ہے۔ سرخباده کی ممیز خصوصیتوں میں سے یہ ہیں' سرخی کا پھیلنا کہ جس سے اعظم ہمیشہ نقطۂ ابتدا سے دور ہوتا ہے' التہاب میں کان کا مبتلا ہوجانا' اور بڑھتے ہوئے منطقہ میں جلد کی بے حد الیمیت۔

انذار - یہ اکثر اصابتوں میں سازگار ہوتا ہے۔ تاہم یہ اس سطح کی وسعت کے تناسب سے کہ جو متاثر ہوتی ہے خطرناک ہوتا ہے۔ زیادہ عمر کے مریضوں میں یہ اکثر اوقات مہلک ہوتا ہے' اور اسی طرح مزمن احشائی مرض' الکحلیت' یا سوء تغذیہ کے موضوع میں بھی۔

علاج - چونکہ سرایت' جلد کی اوپری لمفی فضاؤں کے ذریعہ پھیلتی ہے'

ان فضاؤں کو سکیڑ کر اُس کو روکا جاسکتا ہے - ان کو سکیڑنے کا طریقہ یہ ہے کہ پھیلنے والے کنارے سے باہر ایک حلقہ کی شکل میں خم ناپذیر کلوڈین کی تصبیغ کردی جائے - اس الساق کو دن میں کئی مرتبہ دہرانا چاہئے کیونکہ کلوڈین گالوں کی صورت میں جھڑ جاتی ہے - ایک ضد نبقی سبحی مصل کے استعمال سے کہ جس کو ۱۵ یا ۲۰ مکعب سنٹی میٹر کی معتادوں میں دن میں ایک دو مرتبہ زیر جلدی طور پر مشرب کیا جاتا ہے، بعض اوقات اچھے نتائج پیدا ہوئے ہیں - جب تپ غیر معمولی طور پر طویل یا بلند ہو تو نیم گرم یا سرد اسفنج کام میں لایا جاسکتا ہے - غذا، ہلکی، آسانی سے ہضم ہو سکنے والی، اور مغذی ہونی چاہئے، جیسی کہ دوسری حموی اصابتوں میں ہوتی ہے۔

نبقی عنبی سرائتیں

STAPHYLOCOCCAL INFECTIONS 56

نبقی عنبی سرائتیں خاصی عام ہیں - تاہم وہ ہرگز اتنی عام نہیں کہ جتنی نبقی سبحی سرائتیں عام ہیں - اُن میں مقامی طور پر محدود ہو جانے کا بہت زیادہ رجحان پایا جاتا ہے - چنانچہ ایک نبقی عنبی عفونت الدم شاذ ہے لیکن ایک نبقی عنبی تقیح الدم جس کے ساتھ سروحی پھوڑے پائے جائیں عام چیز ہے - جب مرض ایک مرتبہ قائم ہو جائے تو یہ تقیح الدموی پھوڑے مختلف حصوں میں ہفتوں یا مہینوں تک ظاہر ہوتے رہتے ہیں، خاص طور پر عضلات، جلد یا غدۂ قدامیہ میں - نبقہ سبحیہ کی طرح، نبقہ عنبیہ بھی جسم کی ہر بافت پر حملہ آور ہو سکتا ہے - سب سے زیادہ عام مرض زا قسم نبقہ عنبیہ ذہبیہ (S. aureus) ہے، تاہم اس کتاب کے مصنف کو ایک نوجوان شخص کی اصابت یاد ہے جس کو التہاب حوض گردہ اور اس کے ساتھ نہایت ہی ایمونیائی پیشاب کی شکایت تھی، اور کاشت کرنے پر نبقہ عنبیہ ابیض (S. albus) یقینی طور پر حاصل ہوتا تھا - نبقہ عنبیہ ذہبیہ جسم میں جلد کی راہ سے مچھر کی گزیدگیوں، کھرونچوں وغیرہ کے ذریعہ آسانی سے داخل ہو جاتا ہے، اور مقامی دبل اور داحس عام طور پر پیدا ہو جاتے ہیں -

اندرونی طور پر نبقہ عنبیہ ذہبیہ بالعموم التہاب غلوی اور نوعمر شخصوں میں التہاب مغز استخواں (osteomyelitis) کے لئے ذمہ دار ہوتا ہے، جبکہ سرایت گردو سی خط کے درنامی جانب شروع ہوتی ہے ۔ نیز وہ التہاب الاذن کے لئے ذمہ دار ہوتا ہے۔ بالغوں میں گردے کا پھوڑا، (راج پھوڑا) اور اسکے ساتھ التہاب گرد کلوی یا گرد کلوی پھوڑا زیادہ عام ہے ۔ ایک نبقی عنبی التہاب مفاصل (arthritis) شاذ ہے ۔ نبقہ عنبلیہ ذہبلیہ مقامی طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے، چنانچہ چہرہ پر ایک عفونی دھبہ اندرونی طرف پھیل سکتا ہے، جس سے ایک مقامی التہاب سحایا اور کہفکی جوف کی علقیت (cavernous sinus thrombosis) پیدا ہوجاتی ہے (16)۔

نبقی عنبی عفونت الدم (Staphylococcal Septicæmia)۔

یہ نبقی سبحی عفونت الدم سے بھی زیادہ تشویشناک حالت ہے ۔ جب یہ التہاب مغز استخوان سے پیدا ہوتی ہے تو اس سے پھیپھڑوں اور قلب میں پھوڑے اور التہاب گرد قلبہ پیدا ہوجاتا ہے ۔ ایک دوسری حاد شکل میں ممکن ہے التہاب سحایا پایا جائے، چنانچہ عضویات نہ صرف خون سے بلکہ دماغی نخاعی سیال سے بھی اُگائے جاسکتے ہیں ۔ علاج کے لئے ضد نبقی عنبی مصل کا (17) یا دیرینہ اصابتوں میں ایک جدرین کا اشراب آزمایا جاسکتا ہے ۔ پھوڑوں کو کھولدینا چاہیئے یا ان کو مصوص کردینا چاہیئے اور ان میں فلیوائن (flavine) (۱۰۰۰ میں ۱) بھردینی چاہیئے۔

نبقی ریوی سرائتیں

PNEUMOCOCCAL INFECTIONS

اس خرد عضویہ کو کہ جسے سب سے پہلے سٹرن برگ (Sternberg) نے ریق میں دیکھا، اور جسے بعد میں فرینکل (Fraenkel) نے حاد لختی ذات الریہ کے سببی عامل کے طور پر شناخت کیا، اس نے دو نبقہ ریوی (Diplococcus pneumoniæ) کا نام دیا ۔ ویسے اس کو دو نبقہ نیزک نما (Diplococcus

(Pneumococcus lanceolatus) اور زیادہ عام طور پر نبقۂ ریویہ (Pneumococcus) کہتے ہیں۔ یہ بیضوی گرام مثبت نبقات ہیں، جو قطر میں تقریباً 1 µ ہوتے ہیں، اور اکثر جوڑیوں میں یا پانچ یا چھ کی چھوٹی چھوٹی زنجیروں کے طور پر جڑے ہوتے ہیں۔ ہر ایک کے گرد ایک ممیز ہالہ یا کیسہ ہوتا ہے جو بے رنگ یکساں مادہ کا بنا ہوتا ہے۔

یہ عضویہ جسم کے کئی اعضا اور حصوں میں حاد اور شدید التہابات کے لئے ذمہ دار ہے۔ یہ خاص طور پر لختی ذات الریہ کے سلسلہ میں مشہور ہے، جس کا یہ ۸۰ تا ۹۰ فیصدی اصابتوں میں سبب ہوتا ہے۔ تاہم یہ دوسرے اعضا پر بھی حملہ کرتا ہے۔ چنانچہ نبقی ریوی ذات الجنب، تقیح الصدر، التہاب باریطون، التہاب سحایا، التہاب مفاصل، التہاب امعاء، التہاب درون قلبیہ، التہاب گرد قلبیہ، التہاب گردہ، التہاب درون رحمہ اور زیر جلدی، درون عضلی اور درون احشائی پھوڑے واقع ہو سکتے ہیں۔ نبقی ریوی سرایتوں کی یہ ایک ممیز خصوصیت ہے کہ پیپ کی تکوین کسیقدر دیر سے ہوتی ہے جبکہ مصلی سیال کا کثرت سے ارتشاح ہو چکتا ہے۔ نیز پیپ جب بن چکتی ہے تو اکثر اوقات پیندے پر بیٹھ جاتی ہے، جس سے اوپر مصلی سیال کی ایک خاصی صاف تہ باقی رہ جاتی ہے۔

چار قسم کے نبقات ریویہ علیحدہ کئے گئے ہیں، جو آپس میں شکلیاتی طور پر اور کاشتی طور پر ملتے جلتے ہیں، لیکن ان کے جدا جدا حیاتیاتی خصائص ہوتے ہیں۔ قسم اول و دوم، اس ملک میں اور امریکہ میں ذات الریہ کی دو تہائی اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہیں، اور ان کے لئے ایسے ضد مصلات تیار کئے گئے ہیں جن کو علاج میں کامیابی کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔ قسم سوم، نہایت شدید اصابتوں میں پائی جاتی ہے، اور متناظر ضد مصل بے کار ہے۔ قسم چہارم، ان نبقات ریویہ سے جو کہ منہ میں طبعی طور پر پائے جاتے ہیں مشابہ ہوتی ہے۔ یہ ایک ملا جلا گروہ ہے جس میں وہ نسلیں پائی جاتی ہیں کہ جو دوسری تین قسموں سے مطابقت نہیں کرتیں۔ یہ ہلکی قشبیت رکھتا ہے اور اس سے پیدا شدہ ذات الریہ نہایت خفیف ہوتا ہے۔

قسم دریافت کرنے کا طریقہ (Method of Typing) - یہ چیز چند دقیقہ میں اسطرح انجام دی جاسکتی ہے کہ ایک خردبینی تختی پر، اس بساق کے

ایک ذرہ کے ہمراہ کہ جس کا امتحان کرنا ہے، تین معیاری تشخیصی مصلات، قسم اول، قسم دوم، اور قسم سوم، آمیز کیئے جائیں ۔ پھر اس نمونہ کو ایک خشک عدسہ (۱/۶ انچ کا خارجی عدسہ) اور کہ نمبر کے چشمہ کے ذریعہ، زیرمنصہ مکثفہ (substage condenser) کو دور کر کے، معائنہ کیا جاتا ہے ۔ نبقات ریویہ، جو اس تکبیر میں طبعی طور پر، ذرا ہی دکھائی دیتے ہیں، ایک مثبت تعامل میں بے حد بڑھے ہوئے نظر آتے ہیں ۔ ان کی ممیز نیزک نما جوڑیاں لمبے قطر میں ایک سرخ دموی خلیہ کے برابر ہوتی ہیں ۔ یہ ظاہرا کلانی، نبقی ریوی کیسیتی مادہ کے اُس نوعی ضد جسم کے ساتھ ملنے کا نتیجہ ہے جو کہ متماثل مصل میں موجود ہوتا ہے ۔ اس سے نبقات ریویہ کے گردوپیش کے مادے کا انعطاف نما بدل جاتا ہے، جس سے نبقات ریویہ زیادہ نمایاں ہوجاتے ہیں (24) ۔

نبقی سوزاکی سرائیتیں

GONOCOCCAL INFECTIONS

مرد اور عورت کے تناسلی اعضا کا حاد التہاب، سوزاک کہلاتا ہے ۔ یہ ایک سرایتی مرض ہے جس کا خرد عضویہ، خرد نبقۂ سوزاک (Micrococcus gonorrhœæ) یا نبقۂ سوزاکیہ (gonococcus) ہے ۔ نبقات سوزاکیہ اس پیپ میں جو کہ مجری البول سے خارج ہوتی ہے پائے جاتے ہیں، اور وہ زیادہ تر سفید خلیات کے اندر مشمول ہوتے ہیں ۔ گرام کے طریقہ سے وہ بے رنگ ہوجاتے ہیں ۔

مرض کا ممر نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے ۔ اس کو پانچ سرخیوں کے تحت جماعت بند کرسکتے ہیں ۔

(ا) ۔ اولی مرکز (primary focus) ۔ سرایت، بالعموم براہ راست چھونے سے ہوتی ہے ۔ مرد میں بالعموم یہ مجری البول کو، اور عورت میں مجری البول، عنقی قنال، اور کمتر حد تک، مہبل کو متاثر کرتی ہے ۔ زنانہ تناسلی اعضا کا سوزاک، نوزائیدہ شیر خوار بچے میں نبقی سوزاکی التہاب ملتحمہ اور دوسرے چشمی اضرار کا

ریبر حاصل نبع ہے۔

(۲)- مقامی طور پر پھیلنے کا رقبہ - سرایت، لمفی عروق کے ساتھ ساتھ، اولی مرکز کے پڑوس کی گذرگاہوں اور اعضا میں پھیل جاتی ہے۔ اس سے اربی کبہ، التہاب کیسک منوی، التہاب برنخ، التہاب خصیہ، التہاب مثانہ، التہاب قدامیہ، التہاب حوضِ گردہ، التہاب دروں رحمہ، التہاب انبوبہ، التہاب عرضی غلوی اور التہاب باریطون پیدا ہوسکتا ہے۔

(۳)- نبقی سوزاکی عفونت الدم (gonococcal septicæmia) یعنی ایک عمومی دموی سرایت جس میں کوئی ماسکی ضرر نہ ہو۔ یہ ایک شاذ حالت ہے۔ اس لحاظ سے نبقہ، سوزاکیہ، گویا نبقہ عنبیہ سے ملتا جلتا ہے کہ یہ بھی خالص عفونت الدم شاذونادر ہی پیدا کرتا ہے۔

(۴)- سروحی نبقی سوزاکی سرایت (metastatic gonococcal infection) یا ماسکی عفونت۔ اولی ماسکہ سے جسم کے دوسرے حصوں میں سرایت ہوئے خون کے ذریعہ پھیلتی ہے۔ شدید اصابتوں میں ساتھ ایک عام دموی سرایت (عفونت الدم) بھی موجود ہوتی ہے، جیسا کہ نبقی سوزاکی التہاب مفاصل یا نبقی سوزاکی التہاب دروں قلبہ کی زیادہ شدید اصابتوں میں پایا جاتا ہے۔ نبقی سوزاکی التہاب دروں قلبہ، خبیث التہاب دروں قلبہ کی ایک شکل ہے۔ تاہم سروحی سرایت کی اکثر اصابتوں میں ساتھ عفونت الدم نہیں پائی جاتی۔

اس قسم کی عام ترین سرایت نام نہاد سوزاکی رثیت (gonorrhœal rheumatism) ہے۔ اس میں التہاب مفاصل، التہاب لیفی، التہاب وتری زلالی، التہاب درجکی، التہاب عضلی اور گرد عصبی التہاب شامل ہیں۔ گرد عظمی التہاب اور التہاب مغز استخواں شاذ ہیں۔ آنکھ، سروحی سرایت سے اکثر اوقات متاثر ہوجاتی ہے، اور خاص اضرار التہاب قرحیہ اور التہاب ملتحمہ ہیں۔ اغلب ہے کہ "سادہ" طبلقی مرض کی بعض اصابتیں، سوزاک کا ثانوی نتیجہ ہوں۔ ایک نبقی سوزاکی ذات الجنب بھی پایا جاتا ہے۔

سوزاکی رثیت (Gonorrhœal rheumatism)، حاد رثیت سے

مشابہ ہونے کی وجہ سے علٰحدہ بحث کی محتاج ہے۔ یہ مجری البولی اخراج کے شروع ہونے کے بعد چودہ دن یا تین یا چار ہفتہ کے وقفہ کے بعد شروع ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ اسوقت شروع ہوتی ہے جبکہ اخراج ابھی قیحی ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر یہ سوزاک کہنہ (gleet) کے مابعد درجہ میں شروع ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ مفصل میں انصباب، اس کے آس پاس کی بافتوں میں درریزش اور اذیما، اور شدید اصابتوں میں تقیح، غضروفوں کا تاکل، مفصل کا فساد تعفنیہ، اور جسائت (ankylosis) پیدا ہوجاتی ہے۔ حاد اصابتوں میں زلالی غشاء اولی طور پر متاثر ہوتی ہے، اور تحت الحاد اصابتوں میں گرد و پیش کی لیفی بافتیں خاص طور پر اور سب سے پہلے ماؤف ہوتی ہیں۔

امراضیات۔ نبقہ سوزاکیہ، التہاب زدہ مفاصل کے سیال میں، اور
جب وتر متاثر ہوں تو ان کے غلافوں کے سیال میں اکثر اوقات پایا جاتا ہے۔ اگر 58
تقیح پیدا ہوجائے، تو ریم زا عضویات بھی پائے جاسکتے ہیں۔ زیادہ مزمن اصابتوں میں نبقۂ سوزاکیہ نہیں پایا جاتا۔ ممکن ہے یہ مفصل کے گوشوں میں دبکا پڑا ہو۔ ایک دوسری رائے یہ ہے کہ التہاب، نبقہ سوزاکیہ کے سم کا نتیجہ ہوتا ہے۔

علامات۔ نبقی سوزاکی التہاب کی حاد شکلوں میں، پہلے پہل بہت سے جوڑ درد اور ورم سے متاثر ہوجاتے ہیں۔ لیکن مرض کچھ عرصہ کے بعد اکثر ایک ہی جوڑ میں محدود ہوجاتا ہے، اور یہ جوڑ کہنی، گھٹنا، ٹخنہ، کلائی یا پاؤں ہوسکتا ہے۔ نہایت وسیع سرخی موجود ہوتی ہے جس کے ساتھ ورم، درد اور الیمیت پائی جاتی ہے۔ سرخی، اکثر اوقات جوڑ سے آگے جارحہ میں پھیل جاتی ہے، اور بافتیں بھی متناظر حد تک درریختہ ہوتی ہیں۔ اس درریختگی پر حقیقت میں ایک پھوڑے کا دھوکا ہوسکتا ہے۔ نیز یہ تپ رثیتی کی نسبت نقرس سے زیادہ مشابہت رکھتی ہے۔ درد، ذرا سی حرکت کرنے پر بھی نہایت شدید ہوتا ہے۔ تپ بلند نہیں ہوتی۔ التہاب، آہستہ آہستہ رفع ہوجاتا ہے، اور بہت کچھ اکڑ باقی رہ جاتی ہے۔ لیکن مفصل میں اکثر تقیح نہیں ہوتا۔ قلبی پیچیدگیاں صرف

کبھی کبھی دیکھی جاتی ہیں - مرحوم این - سی ڈیویس کالی (N. C. Davies-Colley) نے بیان کیا کہ نبتی سوزاکی التہاب مفصل کی یہ قسم عورتوں میں بھی اتنی ہی عام ہے کہ جتنی مردوں میں -

دوسری کم حاد یا تحت الحاد اصابتوں میں، ایک خفیف رثیتی تپ کے ساتھ مشابہت بعض اعتبارات سے زیادہ قریبی ہوتی ہے - مفاصل متورم ہوتے ہیں، اتنے سرخ نہیں ہوتے، اور نہ اتنے عام طور پر دررنجتہ ہوتے ہیں - ممکن ہے جسم کے تمام مفاصل متاثر ہوجائیں، لیکن اکثر اوقات گھٹنے، ٹخنے، اور کلائیاں ماؤف ہوتی ہیں - اکثر اوقات، رداؤں میں، اور خاصکر اخمصی رداء میں بہت درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے وتروں کے غلاف ماؤف ہوجائیں - اصابتوں کے ایک خاص تناسب میں التہاب فقرات (spondylitis) واقع ہوتا ہے - جیساکہ حادترشکلوں میں ہوتا ہے، التہاب باقی رہنے کا رجحان رکھتا ہے - وہ نہ تو آسانی سے رفع ہوتا اور نہ عود کرتا ہے، جیساکہ معمولی تپ رثیتی میں وہ رفع ہوتا اور عود کرتا ہے - وہ دو، تین یا چار ہفتے رہتا ہے، اور اس کے بعد بہت کچھ اکڑ بلکہ لیفی جسائت باقی رہ جاتی ہے -

تشخیص - اس مرض پر رثیتی تپ کا دھوکا ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے - البتہ جب یہ دریافت ہوتا ہے کہ مریض کو کچھ مواد آتا ہے، یا جب چند مفصلوں میں التہاب مفصل کے باقی رہ جانے سے ہم کو اصابت کی نوعیت کے بارے میں شک گزرتا ہے تو یہ دھوکا رفع ہوجاتا ہے - یہ مشابہت سابقہ حملوں کی وجہ سے زیادہ ہوجاتی ہے، کیونکہ گو نبتی سوزاکی التہاب زلابی خود، تپ رثیتی کی طرح، طویل وقفوں کے بعد عود نہیں کرتا، تاہم اکثر اوقات دوسرے حملے تازہ سرایت سے پیدا ہوجاتے ہیں - مرض کی حادترشکلیں، سرخبادہ، خراج یا حاد نقرس سے قریبی طور پر مشابہ ہوسکتی ہیں - مریض کی عمر اور التہاب کے محل وقوع کی بنا پر بالعموم آخرالذکر کو بحث سے خارج کیا جاسکتا ہے - سوزاک کے بعد تقیح الدم بھی متعدد التہاب زلابی کا باعث ہوسکتا ہے - لیکن اس صورت میں علالت بالعموم زیادہ شدید ہوتی ہے، اور اس میں لرزے اور ایسی تشویشناک پیچیدگیاں، جیسے

التہاب گرد قلبہ، التہاب دروں قلبہ، ذات الریہ اور ذات الجنب پیدا ہوسکتی ہیں۔

پندرہ سال تک کے بچوں کے عام فرجی مہبلی التہاب (vulvo-vaginitis) کی تحقیقات کرنے سے یہ پتہ چلا ہے کہ ۳۶ فیصدی اصابتیں سوزاکی ہوتی ہیں، اور ۶۴ فیصدی، غیر نوعی ہوتی ہیں اور نبقہ عنبیہ کا نتیجہ ہوتی ہیں (51)۔

علاج ۔ اس میں شک نہیں کہ مجری البول کے مواد کو حتی الامکان جلد از جلد شفا دینے کی ضرورت ہے۔ التہاب مفاصل کے لئے، قلویات اور آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم کثرت سے استعمال کئے گئے ہیں، آخرالذکر پوری خوراکوں میں۔ لیکن غالباً اچھی غذا کی وافر مقدار، اور اس کے ساتھ کاڈ مچھلی کے جگر کا تیل اور لوہا یا سنکونا دینا بہتر ہوگا۔ جدرینی علاج بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ خودزاد جدرینات کو نبقۂ سوزاک کو مریض کے مواد سے کاشت کرکے حاصل کیا جاتا ہے اور ان کو بار بار مشرب کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ایسی صورت میں اکثر شفا میں پانچ یا چھ ہفتے لگ جاتے ہیں مذکورہ جدرینات، کئی ایک مختلف نسلوں سے تیار کئے جاتے ہیں، اور یہ مریض کے اپنے عضویات سے تیار نہیں کئے جاتے۔ حال میں حساس کردہ (sensitised) اور سم ربودہ (detoxicated) جدرینات استعمال کئے گئے ہیں۔ اول الذکر، جدرین اور ضد نبقی سوزاکی مصل کا آمیزہ ہے، آخرالذکر ایک ایسی جدرین ہے جس کا قشب، عضویات پر کاسٹک سوڈا کا عمل کرا کے یا جسم کے باہر مصنوعی واسطوں پر طویل کاشت کرکے، بے حد تخفیف یافتہ کیا ہوا ہوتا ہے۔ مقامی طور پر مفاصل پر آیوڈین کا ضماد کیا جاسکتا ہے۔ حاد اصابتوں میں ایک پلاسٹر آف پیرس کے جبیرہ کے ذریعہ جارحہ کو مکمل طور پر آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے مسکن درد لاسقات، خاصکر پارہ کا مرکب مرہم، اور اس کے ساتھ خلاصۂ لفاح، استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ جوں ہی التہاب رفع ہوجائے، تثبیت کے رجحان کو رگڑ، مالش اور مجہول حرکات کے ذریعہ روکنا چاہئے۔

دماغی نخاعی تپ

CEREBRO-SPINAL FEVER

(دماغی نخاعی التہاب سحایا، دھبے دار تپ)

یہ مرض سب سے پہلے ۱۸۰۵ء میں جنیوا میں شناخت کیا گیا۔ اس کے بعد سے یہ ریاست ہائے متحدہ اور جرمنی میں پھیلا رہا ہے۔ ۱۸۴۶ء میں یہ آئرلینڈ میں نمودار ہوا، اور ۱۸۶۶ء تا ۱۸۶۷ء میں شدید شکل میں ایک مرتبہ پھر ہوا۔ ۱۹۰۶ء تا ۱۹۰۸ء میں گلاسگو میں اور سکاٹلینڈ کے دوسرے شہروں میں سینکڑوں ہی اصابتیں ہوئیں، اور لندن میں چند اصابتیں۔ مرض مقامی الوقوع ہے، اور انفرادی اصابتیں واقع ہوتی ہیں، خاص طور پر شیر خوار بچوں میں۔ آخر الذکر میں مرض کو موخر قاعدی التہاب سحایا (posterior basal meningitis) کے طور پر بیان کیا جاتا رہا ہے۔ کبھی کبھار مرض ایک وبائی شکل اختیار کرلیتا ہے۔ یہ چیز اس ملک میں ۱۹۱۵ء اور ۱۹۱۶ء میں واقع ہوئی۔

بحث اسباب۔ نوعی عضویہ ایک دونبقیہ ہے (یعنی ویزل بام Weichselbaum: کا دونبقیۂ التہاب سحایا دروں خلوی، یا نبقۂ سحائی (meningococcus:)۔ یہ سحائی ارتشاح کے کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات میں، نیز خلیات کے درمیان آزاد پڑا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ بعض اوقات یہ خون میں، مفاصل سے لی ہوئی پیپ میں، پھیپھڑوں میں کے ذات الریوی ماسکوں میں، اور انفی بلعوم کے مخاط میں بھی پایا جاتا ہے۔ نبقات سحائیہ کا جب ان کے الزاقی تعاملات کے ذریعہ امتحان کیا جائے تو وہ دو بڑے گروہوں میں بٹ جاتے ہیں۔ ان کو بعض اوقات نبقات سحائیہ (meningococci) اور سحائی نما نبقات (parameningococci) کہتے ہیں۔ ہر گروہ کو، الزاقی تعاملات کے ذریعہ ہی، کئی ایک مختلف نسلوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ جہاں تک ان کی کاشتی خصوصیات

کا تعلق ہے، مختلف گروہوں میں آپس میں کوئی فرق نہیں کیا جا سکتا، اور اس بات کی کوئی زیادہ شہادت نہیں ہے کہ وہ مختلف علامات پیدا کرتے ہیں۔ نبقات سحائیہ بالکل تندرست اشخاص کے انفی بلعوم میں پائے جا سکتے ہیں، اور ان اشخاص کو حاملین (carriers) کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبقات سحائیہ جو ان میں مخفی ہوں وقتاً فوقتاً قشبی شکل اختیار کریں، جبکہ ایک وبا پھیل جاتی ہے۔ یہ چیز یاد رکھنے کے قابل ہے کہ حاملین اکثر اوقات خود مرض میں مبتلا نہیں ہوتے، بلکہ وہ بات کرنے اور کھانسنے میں لعاب دہن کو اُڑا کر عضویات کو منتشر کرتے ہیں۔ اس سے اثر پذیر اشخاص، سونگھ کر سرایت زدہ ہو جاتے ہیں اور مرض میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔ طبعی طور پر آبادی میں سے تقریباً ۵ فیصدی لوگ حاملین ہوتے ہیں۔ جب ان کا عدد ۲۰ فیصدی تک پہنچتا ہے تو وبا پھوٹنے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ ایک 'وبا' انفلوئنزا کی طرح جماعت میں چاروں طرف نہیں پھیل جاتی بلکہ صرف خال خال لوگوں میں مرض پیدا ہوتا ہے۔ گذشتہ زمانے میں نوعمر اشخاص سب سے زیادہ مبتلا ہوئے ہیں ۸۰ فیصدی اصابتیں سولہ سال سے نیچے کی تھیں، اور سب سے زیادہ اثر پذیر عمر، پیدائش سے لیکر پانچ سال تک کی تھی۔ یہ رجحان ۱۹۱۵ء اور ۱۹۱۶ء کی وبا میں نہیں دیکھا گیا۔ بالعموم صنفوں پر تقریباً مساوی طور پر حملہ ہوتا ہے۔ مرض جاڑے کے موسم میں بالعموم زیادہ پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اغلب ہے کہ گنجانی جیسی کہ جنگ کے شروع میں فوجوں میں پائی جاتی تھی، اور نازلتی امراضِ حلق، چھینکنے اور کھانسنے کے باعث، اس کے انتشار کے رجحان کا باعث ہوں۔

امراضیات۔ اس امر کے بارے میں کہ نبقہ سحائیہ، سحایا میں کسطرح پہنچ جاتا ہے بہت بحث ہوئی ہے پرانا نظریہ ہے کہ یہ انفی بالعوم میں سے، جوفوں یا صحفۂ غربالی کی راہ سے دماغ میں براہ راست پہنچ جاتا ہے۔ جوفوں میں بعد الموت پیپ کے پائے جانے سے اس نظریہ کو کچھ تائید حاصل ہوتی ہے۔ تاہم بعض اوقات احتیاط سے ڈھونڈنے پر بھی اس قسم کا کوئی تقیح نہیں پایا گیا۔ اس کے علاوہ یہ ہے کہ آخری وبا میں اصابتوں میں التہاب سحایا کے آغاز سے قبل نبقہ سحائیہ، خون سے اور جلدی اضرار سے علیحدہ کیا گیا۔ اس سے نتیجہ نکلتا ہے کہ، جیسا کہ دوسری

دموی عفونتوں میں ہوتا ہے، سحایا غالباً ہوئے خون کی راہ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں، اور یہ کہ انفی بلعموم صرف ایک اولی ماسکہ ہوتا ہے۔

حال میں ایک تیسرا نظریہ بیان کیا گیا ہے (28)۔ وہ یہ ہے کہ سرایت خون میں سے مشیمی ضفیروں میں پہنچ جاتی ہے، اور پھر یہاں سے درون بطینی سیال میں سیال کے طبعی گذر کے باعث، یہ سرایت چوتھے بطین کی چھت میں سے ہوکر تحت العنکبوتی فضا میں پہنچ جاتی ہے۔ نیز التہابی حاصلات کے، محیط پر اکٹھا ہونے کا ایک خاص رجحان پایا جاتا ہے کہ جہاں سیال طبعی طور پر جذب ہوتا ہے، یعنی فوقانی طولی جوف پر اور شوکی قنال میں۔ اس کے لیئے یہ شہادت ہے کہ (۱) خاطف اصابتوں میں نبقات سحائیہ صرف بطینوں میں پائے جاتے ہیں۔ سحایا میں کوئی قابل لحاظ التہاب موجود نہیں ہوتا، لیکن مشیمی ضفیروں کا حاد التہاب پایا جاتا ہے۔ (۲) اس سے کم حاد اصابتوں میں 60
بطینی کچوکے سے لیا ہوا سیال، وہی اجزائے ترکیبی رکھتا ہے کہ جو قطنی کچوکے سے لیا ہوا سیال رکھتا ہے۔ تاہم اُس میں نسبتہً کم ریمی خلیات پائے جاتے ہیں، جس سے پتہ چلتا ہے کہ یہ محیط پر اکٹھے ہوگئے ہیں۔ اس نظریہ کی تائید میں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ اگر کتوں میں ہندوستانی روشنائی بطینوں میں مشرب کر دی جائے تو یہ چوتھے بطین سے اوپر کو تحت العنکبوتی فضا میں تجاویف کے ساتھ ساتھ چلتی ہے۔ یہ چیز التہاب سحایا میں پیپ کی توزیع سے ملتی جلتی ہے۔

مرضی تشریح ۔ دماغ اور نخاع کا ایک حاد التہاب سحایا نحیف (lepto-meningitis) پایا جاتا ہے۔ دماغ کے قاعدے پر، ذوار بعتہ الاضلاع فضا میں اور انحداب پر بڑی بڑی دموی عروق کے ساتھ ساتھ، اور انشقاقات میں، پیپ اور لمف کی بہتات ہوتی ہے۔ نخاع میں موخر سطح، مقدم سطح کی نسبت زیادہ متاثر ہوتی ہے، اور قطنی خطہ دوسرے حصوں کی نسبت زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ دماغ کے بطینوں میں گدلا مصل یا پیپ پائی جاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں بطینوں کی جسامت گھٹی ہوئی ہوتی ہے، جس کی وجہ دماغ کے

جرم کا ادیما ہوتا ہے۔ دماغ کے قشرہ میں نقطہ نما نزفات، سفید خلیات کے اجتماعات، یا عفنیتی پھوڑے پائے جاسکتے ہیں۔ دوسرے تغیرات جو پائے جاتے ہیں یہ ہیں: پھیپھڑوں، جگر، طحال اور گردوں کا امتلاء، کلوی سر ملمہ کا شحمی انحطاط اور ارادی عضلی ریشوں کا ذراتی انحطاط، بعض اوقات گرد قلبہ اور پلیورا کا کدم، اور جوڑوں کا تقیح۔ خاطف اصابتوں میں اکثر اوقات سر گردوں میں نزف پایا جاتا ہے۔ طویل مدت کی اصابتوں میں نمایاں استسقاء الدماغ موجود ہوتا ہے، اور حنونۂ عنکبوتیہ (pia-arachnoid) ایک غیر شفاف منظر پیش کرتا ہے جیسے اس کی سطح پر آٹا چھڑک دیا گیا ہو۔ اس کا سبب، زیادہ اتصالی بافت کا بن جانا ہے، جو کہ سابقہ التہاب کے باعث عمل میں آتا ہے۔ استسقاء الدماغ، دماغ کے قاعدہ کے گرد، دماغی نخاعی سیال کے مخرجات (میجنڈی :Majendie اور لشکا :Luschka کے سوراخ) کے بند ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ حاد درجہ کے دوران میں جب سوجا ہوا دماغ، استوار سوراخ کبیر میں دھکیلا جاتا ہے تو اس مقام پر دباؤ پڑتا ہے۔ شیر خوار بچوں میں، تقیحی التہابِ سحایا بعض اوقات قاعدۂ دماغ پر اور قمۂ دماغ پر دونوں جگہ پایا جاتا ہے۔ دوسرے اوقات میں قمۂ دماغ تو غیر متاثر رہتا ہے، اور قاعدہ اور نخاع تنہا متاثر ہوتے ہیں۔ جس چیز نے مرض کو "موخر قاعدی التہاب سحایا" (posterior basic meningitis) کا نام دیا ہے وہ یہی آخر الذکر حالت ہے۔

علامات اور ممر۔ حضانت کی مدت ممکن ہے نہایت کم یعنی ایک یا دو دن ہو، لیکن یہ اس سے بہت لمبی بھی ہو سکتی ہے۔ مرض بجائے خود نہایت اختلاف پذیر ہوتا ہے، چنانچہ بہت سی مختلف سریری شکلیں بیان کی گئی ہیں۔ تاہم اس کی دو خاص ہیئتیں ہوتی ہیں۔ (۱) عمومی دموی سرایت (۲) سحایا میں مقامی طور پر محدود ہو جانا، یہ دونوں اسی ترتیب سے ایک دوسری کے بعد واقع ہوتی ہیں۔ مندرجہ ذیل، رولسٹن (Rolleston) کی جماعت بندی ہے۔

۱۔ خاطف قسم (fulminating type)۔ یہ بالعموم ۲۴ گھنٹوں کے

اندر مہلک ثابت ہوتی ہے۔ ممکن ہے یہ مانیائی علامات کے ساتھ شروع ہو، یا ممکن ہے مریض یکایک بے ہوش ہوجائے۔ پھر ممکن ہے آغاز ہی سے ہبوط قے اور شدید درد سر پایا جائے، اور بعض اوقات اسہال اور پرپورائی ثوران اور اس کے ساتھ بڑے بڑے نزفی رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کوئی التہابی سحائی علامت نہ ہو، اور مریض آخر دم تک ہوش میں رہے۔ دوسری اصابتوں میں قوما تیزی سے پیدا ہوجاتا ہے۔

۲۔ حاد شکل (acute form) یکایک ایک انفلوئنزا کے حملہ کی طرح شروع ہوتی ہے جس کے ساتھ درد سر، بخار اور قے، اور خاص کر بچوں میں، تشنجات واقع ہوتے ہیں۔ التہاب سحایا کی علامات چند گھنٹہ کے اندر نمودار ہوجاتی ہیں۔ گردن کی پشت کے عضلات اکڑے ہوئے ہوتے ہیں یہ اسوقت ظاہر ہوتا ہے جبکہ سر کو سامنے کی طرف جھکانے کی کوشش کی جاتی ہے۔ اکثر اوقات، سر، گہرے عضلات کے انقباض کے باعث، پیچھے کو کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے ظہری اور قطنی عضلات بھی اسی طرح سے متاثر ہوں۔ چنانچہ پشت سیدھی رکھی جاتی ہے (راست تندیدگی orthotonus:)۔ یا کمان کی طرح اس طرح رکھی جاتی ہے کہ اس کا انقعار پیچھے کو ہوتا ہے (پس تندیدگی :opisthotonus)۔ بعض اوقات ٹانگیں اور بازو تنشی تشنج کی حالت میں خمیدہ ہوتے ہیں۔ زیریں جارحات کے عضلات میں درد بار بار نیچے کو پھیلتا ہے۔ ممکن ہے کہ جلدی بیش حسیت بھی موجود ہو۔ رکبی جھٹکے اکثر فعال ہوتے ہیں لیکن ممکن ہے یہ ناپید ہوں۔ کرنگ کی امارت (Kernig's sign) عملی طور پر ہمیشہ پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ مختلف اصابتوں میں استرخاء الجفن (ptosis) (۲ و ۳[1]) یا حول (strabismus) (۲۵) پایا جائے۔

---

[1] خطوط وحدانی کے اندر صفحات ۱۵۴ و ۱۵۵ میں جو اعداد دیے گئے ہیں ان سے سرسری طور پر ان مثالوں کی تعداد فیصدی ظاہر ہوتی ہے کہ جن میں ایک خاص علامت واقع ہوئی ہے۔ یہ تعدادیں مختلف وباؤں میں بے حد اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔

بالعموم پتلیوں کا اتساع یا چھوٹا بڑا ہونا پایا جاتا ہے ۔ یا وجہی عضلات کا انقباض
61 پایا جاتا ہے ۔ لیکن فک بستگی شاذ ہوتی ہے ۔ التہاب عصب بصری (۱۰) اور
التہاب ملتحمہ (۶ و ۵) اور کلی التہاب العین (۴ و ۱) واقع ہوتے ہیں ۔ کان میں
درد، طنین اور سماعت کا نقص عام ہیں ۔ تیہہ کا یا طبل کا تقیح واقع ہو سکتا
ہے ۔ سونگھنے کی حس کا نقص بھی دیکھا گیا ہے ۔ غنودگی، ہذیان اور قوما، اور
بعض اوقات اس کے ساتھ چینی سٹوکس تنفس، یا تشنجات اپنے وقت
پر پیدا ہو جاتے ہیں ۔ موت، مختلف اصابتوں میں اختلاف پذیر تیزی سے
واقع ہو جاتی ہے ۔ بخار شروع سے ہی موجود ہوتا ہے، لیکن اس کا کوئی باقاعدہ
ممر نہیں ہوتا ۔ یہ متفتر یا وقفہ دار ہوتا ہے ۔ شاید پہلے ایک دو دن تو یہ طبعی رہتا
ہے، اور پھر بڑھکر ۱۰۲° یا ۱۰۳° ہو جاتا ہے ۔ یہ شاذ ہی ۱۰۴° سے تجاوز کرتا ہے ۔
کبھی کبھی مہلک انجام سے پہلے ۱۰۸° یا ۱۰۹° کی تپش ہو جاتی ہے ۔ جب صحتیابی
ہوتی ہے تو تپش آہستہ آہستہ اور بے قاعدگی کے ساتھ گر جاتی ہے ۔ نبض
اختلاف پذیر ہوتی ہے ۔ وبائی التہاب سحایا کی ایک اہم خصوصیت یہ ہے کہ
جلدی ثورانات واقع ہوتے ہیں ۔ سب سے پہلے گلابی دھبے، بثور یا نمشات پیدا
ہوتے ہیں، جو کہ مرض کی عفونی دموی شکل میں سدادات کا نتیجہ ہوتے ہیں ۔
نملہ وجہی (herpes facialis) جس کو بالعموم سب سے عام طفحہ سمجھا جاتا ہے
(۵۰) تقریباً چوتھے روز واقع ہوتا ہے ۔ نملہ منطقی اس سے بے حد شاذ ہے ۔
یہ طفحات ایک ساتھ واقع ہو سکتے ہیں ۔ بعض اوقات مفاصل، التہاب زدہ،
گرم، سرخ، دردناک اور متورم ہوتے ہیں جو کہ التہاب زلالی (synovitis)
کے باعث ہوتا ہے (۱۰) ۔ یہ حالت بالعموم رفع ہو جاتی ہے لیکن ممکن ہے
بڑھ کر تقیح تک پہنچ جائے ۔ پیٹ بسا اوقات پچکا ہوا ہوتا ہے ۔ طحال اکثر
بڑھی ہوئی نہیں ہوتی ۔ ممکن ہے کہ پیشاب میں ذرا البیومن یا شکر کا کچھ شائبہ
موجود ہو ۔ بعض اوقات التہاب برنخ، التہاب خصیہ، التہاب شعبتی، ذات الریہ،
ذات الجنب، التہاب درون قلبیہ، اور مخفی التہاب گرد قلبیہ واقع ہو جاتے ہیں ۔
کثرت خلیات ابیض، ۱۵۰۰۰ سے لیکر ۶۰۰۰۰ تک ہمیشہ پائی جاتی ہے ۔ تقریباً

ہمیشہ یہ کثیر الاشکال نواتی ہوتی ہے۔ البتہ کبھی کبھی شیر خوار بچوں اور نوعمر بچوں میں لمف خلویت پائی جاتی ہے۔ اگر ایک قطنی کچوکا دیا جائے تو وہ سیال جو کہ نکالا جاتا ہے ابتدائی درجوں میں صاف ہوسکتا ہے۔ لیکن بالعموم وہ گدلا ہوتا ہے اور ممکن ہے ریمی ہو۔ یہ ۱۵۰ ملی میٹر سے لیکر ۵۰۰ یا ۶۰۰ ملی میٹر تک کے بڑھے ہوئے دباؤ کے تحت نکلتا ہے، اور اس کی مقدار ممکن ہے ۲۰ یا ۳۰ مکعب سنٹی میٹر تک پہنچ جائے۔ اس میں البیومن اور گلابیولن کی بڑھی ہوئی مقداریں موجود ہوتی ہیں۔ حاد درجوں میں اس میں کثیر الاشکال نواتی خلیات نظر آتے ہیں جن میں نبقۂ سحائیہ (meningococcus) موجود ہوتا ہے۔ یہ عضویات دماغی نخاعی سیال میں آزاد بھی پائے جاسکتے ہیں۔ مزمن اصابتوں میں بعض اوقات لمفی خلیات کی افراط پائی جاتی ہے۔

۳۔ نامکمل شکلیں (abortive forms) دو قسم کی ہوتی ہیں۔ (الف) وہ اصابتیں جو عفونی دموی درجہ سے آگے نہیں بڑھتیں، اور پھر سحائی حملہ سے پہلے ہی چوبیس یا اڑتالیس گھنٹہ میں اچھی ہوجاتی ہیں۔ (ب) خفیف اصابتیں جن میں دونوں طرح کی علامات پائی جاتی ہیں۔ نامکمل اصابتوں میں نکسات یا عودات ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

۴۔ مزمن شکلیں: (۱) خالصتہً عفونی دموی، یہ اکثر نہیں پہچانی جاتیں۔ ممکن ہے یہ کئی ہفتوں تک جاری رہیں، اور کبھی کبھی تپش کی زیادتی جو کہ ملیریا سے ملتی جلتی ہو، مفاصل کے درد، التہاب خصیہ اور مختلف جلدی طفحات پائے جائیں۔ بعض اوقات یہ شکل، ایک معین التہابی سحائی حملہ کے بعد پیدا ہوجاتی ہے۔ (۲) دویرہ بند اور خانہ دار التہاب سحایا (encysted and loculated meningitis)۔ یہ انضمامات کے ذریعہ تھوڑی سی فضا کے بند ہوجانے کا نتیجہ ہوتی ہے کہ جس میں دماغی نخاعی سیال پایا جاتا ہے۔ یہ قسم، خاص طور پر شیر خوار بچوں میں ایک انفرادی طور پر واقع ہونے والے مرض کے طور پر واقع ہوتی ہے۔ زمانۂ ماضی میں اس کو موخر قاعدی التہاب سحایا پکارا کرتے تھے۔ اکثر بالغی شکلوں سے اس کو ان باتوں سے تمیز کیا جاتا ہے۔

(ا) مرض کا مزمن ہونا - (ب) جلدی ثورانات کا شاذ ہونا - (ج) مرض کے بالکل شروع میں ہی بصارت کا جاتا رہنا لیکن کوئی نظر آسکنے والا شبکیتی تغیر یا التہاب عصب بصری بالکل نہ پایا جانا - (د) بہرے پن کا شاذ ہونا - اکثر حدت السمع پائی جاتی ہے، اور ذرا سے شور پر بچہ چیخ اٹھتا ہے - (م) شوکہ کی خم پذیری کے باعث پس تنیدگی کا نمایاں ہونا - (س) بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کے باعث یا فوخ کا ابھرا ہوا ہونا - (ص) کرنگ کی امارت پہلے پہل ذرا غیر مستقل ہوتی ہے، لیکن بالعموم یہ مرض کے آخر میں نمودار ہوجاتی ہے - مگر نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے - بچہ کئی کئی ہفتہ بے ہوش پڑا رہتا ہے - پہلے تو وہ خوب تغذیہ یافتہ ہوتا ہے لیکن بعد میں وہ لاغر ہونے لگتا ہے - ممکن ہے مکمل صحت یابی ہوجائے، یا ممکن ہے استسقاء الدماغ، دماغی دوجانبی فالج (cerebral diplegia)، قلت ذہن یا بہرا گونگا پن پیدا ہوجائے -

تشخیص - ایک وبا کے دوران میں تشخیص مشکل نہیں ہوتی - ممیز خصوصیتیں یہ ہیں، ناگہانی آغاز، دردسر، قے، پشت اور جوارح میں درد، اکڑی ہوئی گردن اور نملہ شفوی - نیز پر پیورائی ثوران کے ذریعہ اس کو بظاہر تدرنی اور دوسری قسم کے تقیحی التہاب سحایا، مثلاً نبقی ریوی، انفلوئنزائی، نبقی سبحی - سے 62
تفریق کیا جاسکتا ہے، جن کو ہمیشہ نگاہ میں رکھنا چاہئے - مبہم سمی حالتیں، مثلاً وہ جو کہ بعض قسم کی غذا کے تسمم سے پیدا ہوتی ہیں، ان پر اس مرض کا دھوکا ہوا ہے - مناسب یہ ہے کہ تمام اصابتوں میں قطنی کچوکا دیا جائے اور خردبینی امتحان کے ذریعہ، یا نبقۂ سحائیہ کی کاشت کے ذریعہ مرض کی نوعیت ثابت کی جائے - موخر قاعدی شکل کے آخری درجوں میں ممکن ہے عضویات سیال میں نظر نہ آئیں، اور ممکن ہے کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات کی جگہ لمفی خلیات نے لے لی ہو - نیز عضویات کو ابتدائی درجوں میں خون سے کاشت کیا جاسکتا ہے - حال ہی میں دروں بطینی کچوکے کو بھی تشخیص میں استعمال کیا گیا ہے (28) - شیر خوار بچوں میں مقدم یا فوخ کی راہ سے

سیال نکالا جاسکتا ہے ۔ بالغوں میں جمجمہ کو قمۃ الراس پر درمیانی خط سے ایک سنٹی میٹر یا ۴ تا ۶ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر چھیدنے کے لئے گوٹز (Goetze) کا مجرائی مثقب کام میں لایا جاتا ہے ۔

دماغی نخاعی تپ کے ساتھ، خاصکر اس کے ابتدائی درجوں میں، بہت سے امراض گڈ مڈ کئے گئے ہیں، مثلاً ذات الریہ، انفلوئنزا اور کھسرا ۔ حاد التہاب رماد النخاع، اپنی نام نہاد التہابی سحائی شکل میں اس سے قریبی طور پر مشابہت رکھتا ہے ۔ ممکن ہے تشخیص صرف قطنی کچوکے کے بعد ممکن ہو ۔

انذار ۔ شرح اموات مختلف وباؤں میں ۲۰ سے لیکر ۹۰ فیصدی تک اختلاف پذیر رہی ہے ۔ ان اصابتوں میں کہ جن کا علاج نہ کیا جائے یہ شاذونادر ہی ۵۰ فیصدی سے نیچے ہوتی ہے ۔ مرض وباؤں میں شیرخوار بچوں میں اور خاطف اصابتوں میں سب سے زیادہ مہلک ہوتا ہے ۔ موثر مصلی علاج کے ذریعہ شرح اموات گھٹ کر ۱۸ فیصدی رہ گئی ہے ۔ گذشتہ وبا میں یہ خیال پیدا ہوگیا تھا کہ بہرے پن سے قطع نظر، اگر مریض جانبر ہوجائے تو وہ کسی مستقل ناقابلیت میں مبتلا ہونے کا امکان نہیں رکھتا ۔

تحریز ۔ جب سے مرض فوجی اور بحری دستوں میں اور ایسے اداروں میں کہ جن میں اژدحام ہوتا ہے نمودار ہوا ہے، تماس یافتوں کی تعزیل کرنا بیکار سمجھا گیا ہے ۔ وجہ یہ ہے کہ حاملین کی شرح، تماس یافتوں میں اور باقی لوگوں میں اتنی ہی بلند ہوتی ہے ۔ بہترین تدبیر یہ ہے کہ بستروں کے درمیان کچھ جگہ چھوڑ دی جائے، ترویح میں اصلاح کی جائے کینٹینوں (canteens) میں بھیڑ نہ ہونے دی جائے، اور شاید یہ کہ ایک باریک پھوار کے ذریعہ جس میں ۰۵ء۱ تا ۲ فیصدی زنک سافیٹ ہو، حاملین کا علاج کیا جائے ۔ ایک روغنی پھوار استعمال کی جاسکتی ہے (29) ۔ ایک وبا کے دوران میں ایک مذکورہ جدرین کے ذریعہ تحفظی تطعیم کی بے حد حمایت کی گئی ہے ۔

علاج ۔ قطع نظر اس عمومی علاج کے جو کسی ارتفاع تپش پر اطلاق پذیر ہوتا ہے، علاج یہ ہے کہ دباؤ کو گھٹانے کے لئے دماغی نخاعی سیال کو نکالا جائے،

اور ضد نبقی سحائی مصل کا اشراب کیا جائے ۔ یہ ضروری ہے کہ وہی مصل دیا جائے جو کہ عضویہ کی مخصوص نسل سے متناظر ہو ۔ جب یہ نسل معلوم نہ ہو مثلاً حملہ کے آغاز میں، تو ایک کثیر گرفتہ مصل دیا جاسکتا ہے ۔ مصل جتنی جلد دیا جائیگا انذار اتنا ہی اچھا ہوگا ۔ عفونی دموی درجہ میں حملہ کے شروع ہی میں ۲۰ تا ۴۰ مکعب سنٹی میٹر کی معتادیں دروں وریدی طور پر مشرب کی جاتی ہیں یہانتک کہ سب ملاکر ۲۰۰ تا ۶۰۰ مکعب سنٹی میٹر دئے جاچکتے ہیں ۔ التہابی سحائی درجہ میں مصل کو دروں وریدی اور دروں غلافی دونوں طرح دیا جاتا ہے (30) ۔ موجودہ کثیر گرفتہ مصل کمزور ہے ۔ لہذا یہ رائے دی گئی ہے کہ ۱۰۰ تا ۲۰۰ مکعب سنٹی میٹر کی ایک ابتدائی معتاد دروں وریدی طور پر دینی چاہیئے، اور پھر اگر کوئی سریری اصلاح نہ ہو، تو ۲۴ گھنٹہ میں اس معتاد کو دوبارہ دینا چاہیئے ۔ قطنی کچوکوں کا ۲۴ یا ۴۸ گھنٹوں کے وقفوں سے تکرار کیا جاتا ہے ۔ دماغی نخاعی سیال کو جو کہ دباؤ کے تحت ہوتا ہے، قطنی کچوکے کی سوئی میں سے نیچے بہنے دیا جاتا ہے، اور پھر مصل کی اتنی مقدار کہ جو نکالے ہوئے سیال سے کم ہو، آہستہ آہستہ اندر بہنے دی جاتی ہے ۔ ۲۰ یا ۳۰ مکعب سنٹی میٹر دن میں ۲ مرتبہ، تین چار روز تک دیئے جاتے ہیں ۔ بستر کی پائینتی کو اس لئے اونچا کردیا جاتا ہے تاکہ مصل بہ کر نیچے دماغ کی طرف چلا جائے ۔ جب مصلی علاج ختم ہوجائے تو ایک سے لے کر ۷ دن کے وقفوں سے قطنی کچوکے کے ذریعہ، بڑھے ہوئے دماغی نخاعی دباؤ کو اب بھی گھٹانے کی ضرورت ہوتی ہے ۔ اگر سیال آزادانہ نہ بہے تو بر کی کچوکا (cisternal puncture) دینے کی ضرورت ہے ۔ اس کتاب کے مصنف کی ایک مریضہ میں (چھ سال کی ایک لڑکی میں) چالیس روز کی مدت میں گیارہ قطنی کچوکوں اور چودہ بر کی کچوکوں کی ضرورت پڑی، اور پھر مکمل صحت یابی ہوگئی ۔ غلافِ نخاع میں طبعی ملح یا ۸ و ۳ فیصدی سوڈیم سٹریٹ کے ذریعہ آبیاری کرنے سے انضمامات کے روکنے میں فائدہ ہوا ہے ۔ جب انضمامات بن جائیں، اور دروں جمجمی مشمولات بند ہوجائیں تو جانبی بطینوں کا بزل کیا جاسکتا ہے اور ان میں مصل کا اشراب کیا جاسکتا ہے ۔ نو عمر

بچوں میں یہ چیز مقدم یا فوخ کی راہ سے انجام دی جاسکتی ہے۔

جراثیمی امراض-۲-عصیوی 63

خناق وبائی

DIPHTHERIA

لفظ ڈفتھیریا، یونانی لفظ διφθέρα سے ہے، جس کے معنی کمایا ہوا چمڑا، یا چمڑے کا ٹکڑا ہیں۔ خناق وبائی ایک حاد سرایتی مرض ہے، جس کی لازمی سریری خصوصیت، سطحی بافتوں کا ایک عجیب و غریب التہاب ہے، جس سے ایک نام نہاد "جھلی" کی پیدایش عمل میں آتی ہے۔ یہ مرض عام طور پر منھ، بلعوم، ناک یا حنجرہ کی غشاء مخاطی کو متاثر کرتا ہے۔ لیکن زیادہ شاذ طور پر یہ دوسری مخاطی غشاؤں (ملتحمہ، مہبل) یا خراشیدہ جلد، یا کسی زخم کی سطح کو بھی متاثر کرتا ہے۔

خناق وبائی کا نوعی خرد عضویہ ایک عصیہ ہے، جسکو کلبز (Klebs) اور لافلر (Loeffler) نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک غیر متحرک ڈنڈا ہے، جو مختلف حالات میں لمبائی میں ۲٫۵ μ سے لیکر ۶ μ تک ہوتا ہے۔ یہ ذرا خمیدہ ہوتا ہے، اور اکثر ایک سرے پر گرزوار ہوتا ہے۔ یہ گرام مثبت ہوتا ہے۔ لافلر کے میتھلین بلیو (methylene blue) کے ذریعہ یہ منکہ دار نظر آتا ہے۔ عصیہ خناق وبائی، زیادہ تر خناق وبائی جھلی کی زیادہ گہری تہوں میں پایا جاتا ہے۔ لیکن ممکن ہے یہ تھوڑی سی تعداد میں لمفی غدود میں، جگر میں، طحال میں اور گردوں میں بھی پایا جائے۔

بحث اسباب۔ خناق وبائی ایک متعدی مرض ہے۔ یہ براہِ راست منتقل ہوتا ہے، جیسے بوسہ لینے میں۔ یا یہ لعاب دہن کے قطیروں کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے جو کھانسنے یا بات کرنے کے دوران میں ہوا میں اڑ گئے ہوں۔

اسی طرح یہ کپڑوں اور دوسری اشیا کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ عصیہ، خشک ہونے کے بعد بھی زندہ رہتا ہے۔ یہ بیمار کے کمرے کے گرد و غبار میں پایا گیا ہے، اور اس بات کی شہادت موجود ہے کہ بعض اوقات یہ تیز ہوا کے ذریعہ، ملک کے دور دراز فاصلوں تک پہنچ جاتا ہے۔ دودھ، سرایت کا ایک مشہور ذریعہ ہے۔ لیکن یہ چیز انسانی تلویث کے ذریعہ عمل میں آتی ہے نہ کہ گائے کے کسی مرض کی وجہ سے۔ گنداب (water sewage) اور گندموری کی گیس (sewer gas) کے متعلق یہ معلوم نہیں ہے کہ یہ سرایت کے بدرقات کا کام کرتے ہیں۔

حامل خناق وبائی (diphtheria-carrier) بھی تعدیہ کا ایک ذریعہ ہے۔ نقیہہ اصابتوں کے $\frac{1}{8}$ میں، عصیہ، پہلی علامت کے بعد حلق میں ایک یا دو مہینوں تک پایا جاتا ہے۔ چند اصابتوں میں وہ تین یا چار مہینے تک پایا جاتا ہے (نقیہہ حاملین: convalescent carriers)۔ ان لوگوں میں سے جو کہ خناق وبائی کی اصابت کے ساتھ متماس رہے ہوں ۸ تا ۳۰ فیصدی ایسے ہوتے ہیں جو تماسی حاملین (contact carriers) بن جاتے ہیں۔ لیکن سرایت کے آخری زمانہ میں اکثر اوقات عصیات اپنی قشبیت کھو دیتے ہیں۔ بہرحال ایک حامل کے لیے یہ ضروری نہیں ہے کہ وہ تعدیہ کا سرگرم منبع ہو۔ خناق وبائی عصیات، بالٹیمور (Baltimore) کے مکتبی بچوں کے ۱۰ فیصدی میں پائے گئے۔ ان کو تندرست حاملین (healthy carriers) شمار کیا گیا، کیونکہ ان کی نہایت ہی تھوڑی تعداد ایسی تھی جو کبھی خناق وبائی کی کسی اصابت کے ساتھ متماس رہی ہو۔ ان تندرست حاملین کی اکثریت میں عصیات چند ہی ہفتوں میں بلا علاج کیے غائب ہو گئے۔ یہ عصیات غیر قشبی تھے۔ جب ان کو پانچ تندرست شخصوں کے حلقوں میں مشرب کیا گیا، تو پھر بھی یہ غیر قشبی ہی رہے۔ قشبیت، ایک گنی پگ میں تطعیم کرنے سے آزمائی جا سکتی ہے۔ ان تجربات سے یہ قرین مصلحت معلوم ہوتا ہے کہ حاملین خناق وبائی کو علٰحدہ کرنے اور ان کا علاج کرنے کا

فیصلہ کرنے سے پیشتر اس کاشفہ کو انجام دے لیا جائے۔

خناق وبائی بعض اوقات کھسرا اور قرمزیہ کو پیچیدہ کردیتا ہے۔ (ایم۔ اے۔ بی شفا خانوں میں ہر ایک کی تقریباً ۲ فیصدی اصابتوں کو)۔ یہ شہری ضلعوں کی بہ نسبت دیہاتی ضلعوں میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور خاص طور پر آخرالذکر کے زیادہ کھلے ہوئے حصوں میں پایا جاتا ہے۔ یہ دونوں جنسوں کو اور تمام عمروں کو متاثر کرتا ہے، لیکن ۱۰ یا ۱۲ سال تک کی عمر کے بچوں میں خاص طور پر کثرت سے ہوتا ہے۔ اس کا اعظم حدوث، اکتوبر اور نومبر میں ہوتا ہے۔

امراضیات ۔ التہابی تغیر، جو کہ خناق وبائی کا امتیازی خاصہ ہے، ایک "جھوٹی جھلی" کی پیدائش ہے۔ یہ اوپری بافتوں کے تنخر اور فائبرین اور سفید خلیات کے ارتشاح کا مجموعی نتیجہ ہے۔ ایک ایسی جھلی جو سرطمی تہ کے قاعدے سے آگے نہ گئی ہو، ایک "کروپی" غشاء (croupous membrane) کہلاتی ہے۔ اس کو بلا خون بہے آسانی سے کھینچکر علحدہ کیا جاسکتا ہے۔ خناق وبائی میں قصبۃ الریہ میں یہی صورت حال ہوتی ہے۔ اس میں جھلی خاص طور پر فائبرین اور سفید خلیات پر مشتمل ہوتی ہے، اور سطح سے ڈھیلی چپکی ہوتی ہے۔ اس کے خلاف حلقوم میں طبقاتی سرطمہ اور تحت سرطمی اتصالی بافت دونوں بھی فائبرین سے درریختہ ہوتے ہیں۔ تنخر واقع ہوتا ہے، جس سے ایک خاکستری مائل سفید یا سفید تہ بن جاتی ہے جو عمیق تر بافتوں سے مضبوطی کے ساتھ چپکی ہوئی ہوتی ہے۔ اس کو "التہابی خناق وبائی" جھلی (diphtheritic membrane) کہتے ہیں۔ اس کو علحدہ کرنا دشوار ہوتا ہے، اور اس کے بعد ایک خون بہتی ہوئی سطح باقی رہ جاتی ہے۔ زیادہ چھوٹی شعبتوں میں ارتشاح ریمی ہوتا ہے۔ پھیپھڑوں میں اکثر لختکی ذات الریہ نظر آتا ہے جس کے ساتھ کبھی کبھی نزفات پائے جاتے ہیں۔

خناق وبائی سم کا اثر مندرجہ ذیل پر بڑا گہرا ہوتا ہے۔ (۱) دوران خون پر: 64
اس سے فشار خون کم ہوجاتا ہے اور خون مرتکز ہوجاتا ہے۔ ہیموگلوبن کی فیصدی

مقدار بے حد بڑھ جاتی ہے - پلازما نکلکر بافتی فضاؤں میں چلا جاتا ہے - مہلک اصابتوں میں سرگردوں کے خلیات میں لون پاشیدگی (chromatolysis) نظر آتی ہے - (ہارڈنگ : Harding) - (۲) عصبی ریشوں پر - اس سے مائلینی غلاف منکسر ہو جاتے ہیں اور محور استوانے پھٹ جاتے ہیں - مقدم قرنی خلیات کا انحطاط بھی بیان کیا گیا ہے - سم' اوّلی طور پر اعصاب پر مقامی طور پر حملہ کرتا ہے - اس سے اس چیز کی توجیہ ہوتی ہے کہ کیوں حلقومی خناق وبائی کے ساتھ تالو کا شلل اسقدر عام طور پر واقع ہوتا ہے - اسی طرح زخم کے خناق وبائی میں شلل' زخم کے پڑوس کے عضلات کو متاثر کرتا ہے (والش : Walshe). یہ ممکن ہے کہ یہ بھی کزاز کے سم اور آب ترسی کے قشب کے مانند' اعصاب کے ساتھ ساتھ مرکزی نظام عصبی تک پہنچ جائے۔

یہ چیز حیرت خیز ہے کہ حنجری خناق وبائی میں یہ سمی فعل بہت قابل لحاظ نہیں ہوتا - شاید اس کی وجہ یہ ہے کہ اس میں جھلی "کروپی" نوعیت کی ہوتی ہے' اور اسی لئے سموم آسانی سے جذب نہیں ہوتے۔

مختلف اعضا میں جو تغیرات واقع ہوتے ہیں ان کو جسم میں دوران کرنے والے سموم کے اثرات کی جانب منسوب کیا جاسکتا ہے - قلب' پھیکی رنگت کا' نرم اور بھربھرا ہوتا ہے' اس کے عضلی ریشوں میں سحابی ورم اور شحمی تغیرات دکھائی دیتے ہیں' اور خون دھابدر ہو جاتا ہے - گردہ کے ملتف انیبیب (convoluted tubules) شحمی انحطاط ظاہر کرتے ہیں' اور بہت سی جگہوں میں سر حلمہ قاعدی غشاء سے علیحدہ ہوتا ہے۔

خناق وبائی غشاء کی اوپری تہوں میں اکثر اوقات نبقات سبحیہ اور نبقات عنبیہ موجود ہوتے ہیں - یہ بعض اوقات ثانوی تقیحی اضرار کا باعث ہوتے ہیں۔

علامات اور مر - مدت حضانت' ۲ سے لیکر ۱۰ دن تک ہے۔

حلقومی خناق وبائی (Faucial Diphtheria) - یہ مرض' اگرچہ حموی ہوتا ہے تاہم غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے ....

..........ممکن ہے عمومی طور پر کسلمندی، عدم اشتہا، اور درد سر موجود ہو، اور ممکن ہے کہ متلی، قے یا لرزہ بھی آئے۔ جلد ہی حلق کی سوزش کی شکایت کی جاتی ہے، اور یہ التہاب زدہ دکھائی دیتا ہے۔ تھوڑی مدت میں التہاب زدہ سطح پر ایک بالائی کے مانند سفید جماؤ کی ایک یا زیادہ چکتیاں بنجاتی ہیں۔ ایسے پانچ رقبہ جات ہیں کہ جن پر خناق وبائی میں اس قسم کی چکتیاں بن سکتی ہیں۔ دونوں طرف حلقوم کے ستونوں کے درمیان، یعنی لوزتین پر (۲)۔ لہاۃ پر (۱)۔ دونوں طرف نرم تالو پر (۲)۔ یہ چیز ممیز ہے کہ ایک خاص رقبہ میں کبھی ایک سے زیادہ چکتیاں نہیں ہوتیں لیکن ایک وقت میں کئی ایک رقبے متاثر ہو سکتے ہیں۔ چکتی، غشاء مخاطی سے اوپر اٹھی ہوئی ہوتی ہے۔ اس کے کنارے واضح حدیں رکھتے ہیں۔ رنگت چمکدار سفید، نیلی سی، زرد یا خاکستری ہو سکتی ہے۔ حلق کے التہاب کے ساتھ ساتھ جبڑے کے زاویہ پر کے غدے بڑے ہو جاتے ہیں۔ اندر کے اضرار کے لحاظ سے، وہ ایک طرف یا دونوں طرف ہمیشہ محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ بعض اوقات تمثیلی جھلی سے پہلے ایک خاکستری مخاطی افراز پایا جاتا ہے۔ کبھی کبھی شدید اصابتوں میں گنگرین ہو جاتی ہے۔

خناق وبائی میں تپش نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور اس کا کوئی متعین مم نہیں ہوتا۔ ممکن ہے یہ بڑھ کر ۱۰۳°، ۱۰۴° یا ۱۰۵° ہو جائے، لیکن اکثر اوقات یہ پوری بیماری میں اس سے بہت کم رہتی ہے۔ اشتہا جاتی رہتی ہے، اور حلق کی عالت کی وجہ سے غذا دینا مشکل اور دردناک ہو جاتا ہے۔ اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں، جس کا اندازہ مختلف طور پر ۲۵ تا ۶۰ فیصدی لگایا جاتا ہے پیشاب البیومنی ہو جاتا ہے۔ یہ چیز، قرمزیہ کی مانند، علالت کے بعد واقع نہیں ہوتی، بلکہ حلق کی علامات کی انتہا میں ہی واقع ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں نوعی التہاب، ہم پہلو مخاطی غشاؤں میں پھیل جاتا ہے، یعنی ناک اور ملتحمہ، یوسٹیکیائی انبوبہ (جس سے التہاب اذن وسطی ہو جاتا ہے) اور حنجرہ اور تنفسی گذرگاہوں کی مخاطی

غشاؤں میں - شدید اصابتیں، زنی قسم کی ہوسکتی ہیں، جن کے ساتھ نکسیر، علق سے ادمار اور زیر جلدی کدمات پائے جاتے ہیں۔ ان پیچیدگیوں سے قطع نظر، ممکن ہے مرض کے شروع میں قلب کا فشل اور موت واقع ہوجائے۔ لیکن ممیز خاصہ، فشار خون کا رفتہ رفتہ گرجانا ہے - یہ چیز پہلے ہفتہ کے ختم پر شروع ہوتی ہے، آٹھویں یا بارھویں دن کے درمیان اعظم کو پہنچ جاتی ہے اور ۱۲ تا ۲۲ دن میں ناپید ہوجاتی ہے - یہ سقوط ضغط (hypopiesia)، پہلے تین ہفتوں میں ۵۰ فیصدی اموات کے لئے ذمہ دار ہوتا ہے - اس کے ساتھ بلا درد کے قے، مسلسل گرسنگی ہوا، آہ کرنا، اور اسوقت جبکہ انکماشی فشار خون ۶۰ ملی میٹر سے نیچے ہو انتہائی بے چینی پائی جاتی ہے - یہ مقداریں، ابتدائی درجوں میں مرض کی شدت کی نسبت سے ہوتا ہے - فرح نبض، قلب کی جسامت، ضربۃ الراس، پہلی ضربتی آواز، طبعی ہوتے ہیں اور نبض باقاعدہ ہوتی ہے (22)۔

65 انفی خناق وبائی تنہا واقع ہوسکتا ہے - یا یہ حلقوم سے براہ راست پھیلنے کا نتیجہ ہوتا ہے - انفی تنفس میں تھوڑا بہت تسدد پیدا ہوجاتا ہے، غشاء مخاطی متورم ہوتی ہے، اور نتھنوں سے ایک مخاطی قیحی یا پتلا پھیکی رنگت کا بھورا مخاط آسا افراز بہتا ہے - اس سے ناک کے اجنحہ اور ہم پہلو بالائی ہونٹ سرخ اور انسحاج یافتہ ہوجاتے ہیں - ممکن ہے اس میں خون کی دھاری پائی جائے، یا ممکن ہے قطعی رعاف واقع ہو۔

حنجری خناق وبائی، التہاب حنجرہ کی علامات ظاہر کرتا ہے - تسدد، جو کہ متورم غشاء مخاطی کے باعث ہوتا ہے، خناق وبائی جھوٹی غشاء کی موجودگی سے اور بھی بڑھ جاتا ہے - یہ بالغوں میں شاذ ہے۔

پہلا درجہ، ایک اونچی، نحاسی کھانسی اور ایک کرخت بیٹھی ہوئی آواز سے ظاہر ہوتا ہے - یہ درجہ زیادہ سے زیادہ دو دن باقی رہتا ہے۔

دوسرے درجہ میں تنفس میں دقت، اور اس کے ساتھ کھانسی اور بے صوتی پائی جاتی ہے - مزمار کے تنگ ہوجانے کے باعث صرصرہ

نمودار ہوجاتا ہے، اور یہ شہیق کے دوران میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، جوں جوں تسدد بڑھتا جاتا ہے، فوق الترقوی، فوق القصی، اور بین ضلعی فضائیں ہر شہیق پر اندر کو چوسی جاتی ہیں۔ شیرخوار بچوں اور نوعمر بچوں میں جن میں نرم اور لچکیلی ہڈیاں پائی جاتی ہیں، عظم القص کا زیرین سرا، یا تین یا چار زیریں پسلیاں اندر کو کھینچی جاتی ہیں، اور اس سے پتہ چلتا ہے کہ مزمار کی راہ سے پھیپھڑوں میں داخل ہونے میں ہوا کو کسقدر رکاوٹ پیش آتی ہے۔ تسدد کے خفیف درجے، کئی دن تک باقی رہ سکتے ہیں بغیر اس کے کہ حالت میں کوئی زیادہ تغیر ہو۔ لیکن زیادہ اکثر حالت، زیادہ زیادہ، یا جلد جلد خراب ہوتی جاتی ہے۔ چہرہ پہلے تمتمایا ہوا ہوتا ہے اور آنکھیں چمکدار ہوتی ہیں، بعد ازاں وہ ازرق ہوجاتا ہے۔ بچہ بے چین ہوتا ہے، اور اپنے ہاتھ کو منہ یا گلے پر رکھتا ہے، گویا وہ کسی رکاوٹ کو دور کرنا چاہتا ہے۔ کھانسی روکھی ہوجاتی ہے۔ کبھی کبھی، مزمار تشنجی طور پر بند ہوجاتا ہے، جبکہ تند و تیز شہیقی کوششیں عمل میں لائی جاتی ہیں، اور زراق انتہا کو پہنچ جاتا ہے۔

تیسرے اختناقی درجہ میں، جو کہ صرف چند گھنٹہ رہتا ہے، نبض زیادہ کمزور ہوجاتی ہے، اور تنفسی کوشش گھٹ جاتی ہے۔ جلد کبود ہوتی ہے، جوارح ٹھنڈے ہوتے ہیں، ذہنی قوا کند ہوجاتے ہیں، اور ذہول نمودار ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات نزع سے پہلے تشنجات واقع ہوتے ہیں۔

بالعموم، حنجری خناق وبائی میں، مرض کا عمل حنجرہ تک محدود نہیں ہوتا، یہ قصبۃ الریہ اور شعبتوں میں پھیل جاتا ہے۔ اول الذکر میں اس سے ایک مسلسل جھلی بن جاتی ہے، لیکن درمیانی جسامت کی اور زیادہ چھوٹی شعبتوں میں یہی چیز رفتہ رفتہ ایک ریمی افراز میں تبدیل ہوجاتی ہے۔ ان مرضی حاصلات سے قدرتاً سانس کی دشواری بڑھ جاتی ہے، تاہم طبیعی ذرائع سے ان کی موجودگی کو پہچاننا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ حقیقت میں اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ایک کامیاب قصبہ شگافی کی جاتی ہے اور اس کے بعد شعبتوں کے تشعب کے مقام پر یا اس سے نیچے خشک مخاط، یا آزاد جھلی کی ڈاٹ کے ذریعہ انسداد

واقع ہوجانے کے باعث موت واقع ہوجاتی ہے (Biernacki)۔ بالعموم سینہ میں ایک بلند اور صرصری شور سنائی دیتا ہے جو کہ مزمار کے مقام پر تسدد واقع ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے اس کے ساتھ ملے ہوئے جہاں تہاں مخاطی لغطات (mucous râles) سنائی دیں۔ ممکن ہے انبیبی تنفس کے قطعات موجود ہوں۔ یہ اس شعبتی ذات الریہ کے باعث ہوتے ہیں جو کہ خناق وبائی کے پھیپھڑوں میں پھیل جانے کا ایک اسقدر عام نتیجہ ہے۔

حنجری خناق وبائی اکثر اولی ہوتا ہے، تاہم اکثر گلے کی کچھ نازلت پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے اس کے ساتھ حلقومی یا انفی خناق وبائی پایا جائے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ پیچیدگیاں، خاص طور پر مرض کی مختلف حصوں میں توسیعات ہیں، جن کو بیان کیا جاچکا ہے۔ ذات الریہ (۳ و[1]) یا شعبتی ذات الریہ (۱) کے ہمراہ ذات الجنب پایا جاسکتا ہے۔ البیومن بولیت (۳ و ۲۳) شاذ و نادر ہی علامت سے زیادہ کچھ ہوتی ہے تاہم کبھی کبھی ایک معین التہاب گردہ (۷ و) باقی رہتا ہے، یا عاقبہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ لمفی غدد، التہاب زدہ یا متقیح یا اغشاث یافتہ ہوجاتے ہیں، اور یہ اس سے تقریباً ایک تہائی کثرت سے واقع ہوتا ہے کہ جس کثرت سے تپ قرمزی میں دیکھنے میں آتا ہے۔ چنانچہ حاد درجہ میں تقیح (۲ و) اور نقیہیت میں سادہ التہاب غدد (۱ و ۲) اور تقیحی التہاب غدد (٦ و) پایا جاتا ہے۔

خناق وبائی کا سب سے اہم عاقبہ، محیطی اعصاب کا ماؤف ہوجانا ہے جس سے خناق وبائی شلل رونما ہوتا ہے (۸ و ۸)۔ یہ سب سے پہلے نرم تالو میں دیکھا جاتا ہے۔ ظاہراً صحت یابی کے کچھ دن یا ایک ہفتہ یا کئی ہفتوں کے بعد یہ نظر آتا ہے کہ بچہ ناک میں ایک غنغنی آواز سے بولتا ہے اور

---

[1] قوسین کے اندر صفحہ ۱٦۷ میں جو فیصدی اعداد ہیں یہ ۱۹۱۴ء میں ایم۔اے۔بی شفاخانوں میں ۶۱۸۴ مریضوں سے لئے گئے ہیں۔

66

جب وہ سیالات کو نگلتا ہے تو تھوڑی سی مقدار ناک کی راہ سے بازرو ہوجاتی ہے۔ یہ نقائص نرم تالو کے شلل کا نتیجہ ہیں۔ نرم تالو، منھ اور ناک کے درمیانی راستہ کو بند نہیں کرسکتا، جیسا کہ بولنے اور نگلنے میں اس کو کرنا چاہئے۔ اس کے کچھ مدت بعد یہ دیکھا جاتا ہے کہ بچے کی ٹانگوں میں کمزوری پائی جاتی ہے، اور [illegible] زیادہ دور چل نہیں سکتا۔ یا کچھ دیر تک کھڑے رہنے کے بعد گھٹنے جواب دے دیتے ہیں۔ گھٹنے کا جھٹکا بہت ابتدا میں جاتا رہتا ہے۔ زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں میں نزدیک کی چیزوں کے لئے آنکھ کی توفیق نہ ہوسکنا، اکثر دیکھا جاتا ہے۔ یہ ہدبی عضلہ کے شلل کے باعث ہوتا ہے۔ ممکن ہے آنکھ کے بیرونی عضلات بھی متاثر ہوں، جس سے حَوَل یا بھینگاپن پیدا ہوجاتا ہے۔ بہت سی مثالوں میں شلل اس درجہ سے آگے نہیں بڑھتا، اور چند ہی ہفتہ میں عضلات کی طاقت پورے طور پر بحال ہوجاتی ہے۔ بعض مثالوں میں سارے جسم کا عضلی نظام متاثر ہوجاتا ہے۔ مریض بستر پر بے حرکت پڑا رہتا ہے۔ بین ضلعی عضلات یا ڈایا فرام کے شلل کے باعث سانس لینا دشوار ہوتا ہے۔ منھ کی راہ سے جو غذا دی جاتی ہے، وہ نگل نہ سکنے کے باعث، باہر نکل جاتی ہے۔ ڈایا فرام کے شلل کے بعد، اکثر اوقات پھیپھڑوں کے زیریں لختوں کا ہبوط واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو عصب حجابی کے اضرار)۔ بعض اوقات حنجری عضلات بھی متاثر ہوجاتے ہیں، ایک یا بہت، یا سب کے سب عضلات۔ چنانچہ ممکن ہے ایک حبل صوتی کا شلل، یا مُبعِدات کا شلل، یا تمام عضلات کا شلل موجود ہو، اور احبال صوتی جیفی وضع میں پائے جائیں۔ آخری صورت میں آواز بالکل نہیں نکلتی اور دوسری صورتوں میں اُس میں مختلف طور سے ترمیم ہوجاتی ہے (ملاحظہ ہو حنجرہ کا شلل)۔

ممکن ہے حسی علامات موجود ہوں، لیکن بچوں میں اکثر اوقات وہ پہچانی نہیں جاتیں۔ وہ سن پن کے احساس، تنمّل یا واضح عدم حسیت پر مشتمل ہوتی ہیں، خاص طور پر جوارح میں۔ عدم اتساق بھی مشاہدہ کیا گیا ہے، جس میں بہت کم، حقیقی شلل پایا جاتا ہے، اور شاذ و نادر سریع الزوال عضلی

تشنجات پائے جاتے ہیں ۔ بعض اوقات عضلات یا عصبی تنے دبانے پر الیم پائے جاتے ہیں ۔ شدید اصابتوں میں برقی تعاملات گھٹ جاتے ہیں، اور کسیقدر عضلی ذبول پیدا ہوجاتا ہے ۔ بالعموم تین چار مہینے کے اندر صحت یابی ہوجاتی ہے ۔ شلل کبھی مزمن نہیں ہوتا یا شاذ و نادر ہی ایسا ہوتا ہے ۔ تاہم بعض اوقات ڈایا فرام کے شلل سے کہ جس میں شعبتی نلیوں میں افراز رفتہ رفتہ بہت جمع ہوجاتا ہے، موت واقع ہوجاتی ہے ۔ بعض اوقات شللِ قلب سے موت واقع ہوتی ہے ۔ یہ شللِ قلب ایک کمزور، بے قاعدہ یا ذوالفترہ بالعموم تیز لیکن بعض اوقات ایک سست نبض سے ظاہر ہوتا ہے، جس کے ساتھ قے اور زراق پایا جاتا ہے ۔

تشخیص ۔ حلقومی خناق وبائی ۔ اس کے اہم خصائص یہ ہیں:

غیرمحسوس آغاز، وہ ممیز جھلی جوکہ اوپر بیان کی گئی ہے ۔ نسبتہً خفیف ارتفاع تپش ۔ فشار خون کی کمی اور کمزور نبض ۔ البیومن بولیت ۔ شلل کا آغاز ۔ تشخیص قطعی طور پر صرف اس طرح طے کی جاسکتی ہے کہ متاثرہ حصہ کے افرازات سے کلیبز ۔ لوفلر عصیہ کو جرثومیاتی طور پر کاشت کیا جائے ۔ یہ بالعموم روئی کے ایک پچارے کے ذریعہ انجام دیا جاتا ہے جوکہ تار کے ایک ٹکڑے کے سرے پر لگا ہوتا ہے ۔ پچارے کو حلقوم یا لوزہ پر پھیر کر ایک تعقیم کی ہوئی، کانچ کی یا دھات کی نلی میں داخل کردیا جاتا ہے، اور پھر اس کو کاشت کے لیے کسی جرثومیاتی معمل میں بھیجدیا جاتا ہے ۔ یہ چیز یاد رکھنی اہم ہے کہ بعض اوقات حلق سے، کلیبز لوفلر عصیہ کے ہمراہ اور اس سے الگ، ایسے عصیات بھی کاشت ہوجاتے ہیں جو کلیبز لوفلر عصیہ سے بہت ملتے جلتے ہیں ۔ لیکن خناق وبائی عصیہ کے برعکس، وہ گنی پگز کے لئے قشبی نہیں ہوتے ۔ ان میں سب سے اہم ھافمین کا عصیہ (Hofmann's bacillus) ہے، اور یہ اکثر پایا جاتا ہے ۔ یہ طول میں تقریباً ۲ μ ہوتا ہے، اور بالعموم جوڑیوں میں ترتیب پائے ہوئے ہوتا ہے ۔

جرابی التہاب لوزتین (follicular tonsillitis) میں اکثر چھوٹی چھوٹی زرد لیکن بعض اوقات سفید ڈاٹیں دکھائی دیتی ہیں۔ اکثر ایک ہی رقبہ میں کئی کئی ڈاٹیں موجود ہوتی ہیں، بخلاف خناق وبائی کے کہ جس میں ایک ہی چکتی پائی جاتی ہے۔ تپش بالعموم بلند ہوتی ہے۔ قرمزیلہ کے التہاب لوزتین اور التہاب بلعوم پر بھی غور کرنے کی ضرورت ہے۔ اور اسی طرح انفلوئنزائی سوزشِ حلق، نملہ، اور ثانوی آتشک پر بھی۔ قبحۂ ونسنٹ (Vincent's angina) کو حلق کے امراض کے تحت بیان کیا گیا ہے، اور یہ خناق وبائی سے اپنی جھلی میں مشابہت رکھتا ہے۔

حنجری خناق وبائی۔ اگر ساتھ ہی حلقومی یا انفی خناق وبائی بھی موجود ہو تو تشخیص زیادہ آسان ہو جاتی ہے۔ اس کو نازلتی التہاب حنجرہ سے تمیز کرنے کی ضرورت ہے، جو یا تو سادہ ہوتا ہے، یا کھسرا کے آغاز کی خبر دیتا ہے۔ سرسری طور پر ان دونوں میں امتیاز کرنا ممکن نہیں ہوتا، لہذا جلد سے جلد موقع پر ایک پھاہا لے لینا چاہئے۔ سب سے محفوظ تو یہ ہے کہ اصابت کو خناق وبائی ہی فرض کر لیا جائے جب تک کہ اس کے برعکس ثبوت نہ مل جائے۔ نیز حنجری خناق وبائی کو مندرجہ ذیل سے تمیز کرنے کی ضرورت ہے۔ (ا) حنجرہ سے نیچے کی رکاوٹ سے، جیسے شعبتی ذات الریہ سے، کہ جس میں پسلیاں اندر تو کھنچ آتی ہیں لیکن بے صوتی نہیں ہوتی۔ نیز بڑھے ہوئے غدد کے دباؤ سے۔ (ب) حنجرہ سے اوپر کی رکاوٹ سے، جیسے پس بلعومی خراج سے۔ (ج) مزمار 67
کے اذیما سے، جو عفونت، التہاب گردہ، شری، اور مختلف دوسری حالتوں کے باعث ہو سکتا ہے۔

انذار۔ ۱۸۹۴ء میں جب سے ضد سمی مصل کے ذریعہ علاج کرنے کا رواج ہوا ہے خناق وبائی سے ہلاکت خیزی معتدبہ طور پر گھٹ گئی ہے۔ میٹروپولیٹن اسائلیمز بورڈ (Metropolitan Asylums Board) کے شفاخانوں میں ۱۸۹۱ء، ۱۸۹۲ء، اور ۱۸۹۳ء میں سالانہ شرح اموات ۳۰ فیصدی تھی۔ ۱۹۱۳ء سے ۱۹۱۵ء تک اس کا اوسط ۱۷ء۰ فیصدی رہا۔ ہر پورے دن

یا آدھے دن کے بعد جبکہ علاج میں تاخیر کی جاتی ہے، صحت یابی کا امکان گھٹتا جاتا ہے۔ جھلی کا وسیع طور پر بننا، مرض کا پھیل کر ناک میں پہنچ جانا، طاقت کا تیزی سے جواب دے دینا، کمزور نبض اور نزفات، یہ چیزیں ناسازگار انذار ظاہر کرتی ہیں۔ حنجری خناق وبائی زیادہ مہلک ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ اگرچہ قصبہ شگافی کے ذریعہ حنجری تسدد کو دور کیا جاسکتا ہے تاہم مرض کے پھیپھڑوں میں پھیل جانے کے باعث، قیحی شعبتی التہاب یا شعبتی ذات الریہ سے موت واقع ہوسکتی ہے۔ ان اصابتوں میں بھی ضدسم دینے سے شرح اموات بہت گھٹ گئی ہے۔ خناق وبائی التہاب اعصاب سے بالعموم صحت یابی ہو جاتی ہے، لیکن کبھی کبھی ڈایا فرام کے شلل کے باعث ہلاکت واقع ہوتی ہے۔

تحریز۔ یہ چیز یاد رکھنی چاہئے کہ اسوقت جبکہ مریض خود بالکل اچھا ہوجاتا ہے، بہت عرصہ بعد تک اس کے حلق میں عصیات باقی رہ سکتے ہیں۔ لہذا تعدیہ کا خطرہ باقی رہتا ہے۔ بالعموم جب تک حلق یا انفی افرازات سے عصیات کا کاشت کیا جانا ممکن ہوتا ہے، خناق وبائی کے مریض کو دوسروں سے ملنے جلنے کی ممانعت کردی جاتی ہے۔ بعض اوقات مریض کو عصیات سے پاک ہونے میں کئی ہفتہ کا عرصہ لگتا ہے۔ صرف ۵۰ فیصدی مریض ایسے ہوتے ہیں جن میں جھلی کے ساتھ ہی عصیات بھی جاتے رہتے ہیں۔ کم از کم ۷ فیصدی میں یہ ایک ماہ تک باقی رہتے ہیں اور کم از کم ایک یا دو فیصدی میں یہ تین ماہ تک باقی رہتے ہیں (لیڈنگم :Ledingham اور آرک رائٹ :Arkwright)۔ ان حاملین کا علاج اسی طرح کیا جاسکتا ہے کہ جس طرح دماغی نخاعی تپ کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ جدرینات سے بھی سازگار نتائج حاصل کئے گئے ہیں، لیکن ممکن ہے آخر میں لوزہ براری کی ضرورت پیش آئے۔

تحریز کی دوسری تدابیر یہ ہیں، دودھ کی رسد کی دیکھ بھال کرنا۔ اثر پذیر بچوں کو الگ کردینا، اداروں میں حلقوں کا کبھی کبھی پچارا لینا۔ مسلسل

(۱۰۰۰ اکائیاں) کا حفظ ماتقدمی اشراب کرنا۔

بلاشک وشبہ، تحریز کا سب سے اہم طریقہ، شک کا کاشفہ (Schick test) (25) ہے۔ یہ کاشفہ یہ دریافت کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے کہ آیا افراد خناق وبائی سرایت کے لئے اثر پذیر ہیں یا نہیں ہیں۔ خناق وبائی کی ایک چھوٹی سی معتاد لی جاتی ہے، یعنی ۰۵ء۲ گرام کے گنی پگ کے لئے جو اقل مہلک معتاد ہے اس کا $\frac{1}{50}$، ۲ء مکعب سنٹی میٹر طبعی مالح میں اس معتاد کو پیش بازو کی خم کن سطح میں جلد کے نیچے نہیں، بلکہ دروں ادمی طور پر مشرب کر دیا جاتا ہے۔ سوئی نہایت باریک قطر یہ کی ہوتی ہے، اور اس کو جلد سے تقریباً متوازی اس کے جرم کے اندر گھسا دیا جاتا ہے۔ اشراب کیا ہوا سیال، جلد کے اندر ایک چھوٹے سے بٹن کے مانند نظر آتا ہے اور ایسا محسوس ہوتا ہے۔ دوسرے بازو میں ایک ایسے سم کا جو ۵ء سینٹی گریڈ تک دس دقیقہ تک گرم کیا گیا ہو ایک عیاری اشراب دیا جاتا ہے۔ ایک "مثبت" تعامل کا مطلب یہ ہے کہ فرد اثر پذیر ہے۔ یہ سرخی کے ایک واضح الحدود رقبہ سے ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ جلد کی ذرا سی در ریختگی بھی ہوتی ہے۔ یہ قطر میں ۱ تا ۲ سنٹی میٹر ہوتا ہے۔ یہ تقریباً ۲۴ گھنٹوں میں نمودار ہوتا ہے اور چار یا پانچ دن میں اپنے اعظم کو پہنچتا ہے۔ عیاری بازو میں کوئی تغیر نہیں آتا۔ "منفی" تعامل خناق وبائی کی مناعت ظاہر کرتا ہے۔ اس میں دونوں بازوؤں میں بھی کچھ تغیر نہیں ہوتا۔ "کاذب" تعامل، اشراب کی غریب پروٹینوں کے لیے اثر پذیری اور خناق وبائی کے لئے مناعت ظاہر کرتا ہے۔ اس میں دونوں بازوؤں میں سرخی کا ایک برابر رقبہ پایا جاتا ہے۔ یہ اسقدر واضح نہیں ہوتا، اور ۲۴ گھنٹوں میں اپنے اعظم کو پہنچ جاتا ہے، اور پھر تیزی سے زائل ہو جاتا ہے۔ "مخلوط" (مثبت) تعامل میں دونوں بازوؤں سے تعامل حاصل ہوتا ہے۔ تطعیم پائے ہوئے بازو کا تعامل زیادہ بڑا ہوتا ہے، اور بالعموم اس میں ایک صاف طور پر متمیز مرکزی سرخ رقبہ نظر آتا ہے۔ "کاذب" جزو جلد ہی غائب ہو جاتا ہے، اور ایک ہٹیلا مثبت تعامل باقی چھوڑ جاتا ہے۔

اس کا شعنہ کے ذریعہ، چھ ماہ تک کے شیر خوار بچے منیع پائے جاتے ہیں۔ ایسے اشخاص کی تعداد فیصدی جو خناق وبائی کے لئے اثر پذیر ہوتے ہیں، دو اور پانچ سال کی عمروں کے درمیان سب سے زیادہ پائی جاتی ہے۔ یہ زمانہ اس عمری زمانہ سے مطابقت کرتا ہے جبکہ سریری خناق وبائی کا حدوث سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ اثر پذیر لوگوں میں سم ضد سم کے ذریعہ فاعلانہ مناعت آفرینی کامیابی کے ساتھ انجام دی گئی ہے۔ یہ چیز، طبیبوں اور حمرضات کے لئے اور بچوں کے لئے جبکہ اس مقام پر خناق وبائی پھیلا ہوا ہو، مفید ثابت ہوسکتی ہے۔ صحت عامہ کے حکام، چھ بلکہ دس سال تک کے تمام 68
بچوں کو شک کا کاشفہ انجام دئے بغیر، منیع کر دینے کا رجحان ظاہر کرتے ہیں۔ اس لئے کہ یہ دیکھا گیا ہے کہ اکثر ایسے بچے مثبت ہی نکلتے ہیں (23)۔

علاج - جوں ہی کہ خناق وبائی کی تشخیص علم میں آئے۔ خناق وبائی ضد سمی مصل کا اشراب کردینا چاہئے۔ لیکن اگر جرثومیاتی امتحان سے شبہ کے سچ نکلنے کا کافی گمان ہو تو اس سے پہلے بھی اشراب کیا جاسکتا ہے۔

ابتدائی معتاد جس کی ضرورت ہوتی ہے، مرض کی شدت کا لحاظ کرتے ہوئے .... اتا .... ۴ اکائیاں ہیں (ملاحظہ ہو مناعت)۔ اگر اصابت تعجیل طلب ہو، تو مصل کو دروں وریدی یا دروں عضلی طور پر مشرب کیا جاتا ہے، اور مرتکز ضد سمی گلوبولنز (antitoxin-globulins) کو ترجیح دی جاتی ہے۔ اگر یہ صورت نہ ہو تو اسے عدیم العفونت احتیاطوں کے ساتھ کوکھ کی جلد کے نیچے یا عضلہ واسعہ خارجہ (vastus externus) میں مشرب کردیا جاتا ہے۔ اکثر چند ہی گھنٹوں میں اثر پیدا ہوجاتا ہے، خواہ یہ تپش کے گرجانے کی صورت میں ہو یا کم از کم، علامات کی ترقی رک جانے کی صورت میں۔ معتاد کو اگلے دو دنوں کے دوران میں ۱۲ یا ۲۴ گھنٹوں کے وقفہ سے پھر دینا چاہئے۔ اس مقدار کا اندازہ مرض کی شدت سے کیا جاتا ہے نہ کہ مریض کی عمر سے۔ ان اشرابات کے بعد مصلی مرض اکثر ہوجاتا ہے۔

ارتفاع تپش کے تحت جو عمومی علاج بیان کیا گیا ہے وہ کام میں

لانا چاہئے۔ بخار اکثر اتنا بلند نہیں ہوتا کہ اس کی طرف خاص توجہ دی جائے۔ لیکن اگر قلب کا اتساع ہو جائے یا نبض کمزور پڑ جائے، تو صبغیہ ڈجیٹیلس اور دوسرے مہیجات دئے جاسکتے ہیں۔ جانوروں پر حال ہی میں بعض تجربات کئے گئے ہیں جن سے پتہ چلتا ہے کہ اس دورانی فشل میں جو کہ شدید تسمم الدم کے ہمراہ پایا جاتا ہے، نقل الدم سے فائدہ پہنچ سکتا ہے (ہارڈنگ Harding:)۔

حلقومی خناق وبائی میں گلے کا علاج وہی ہے جو کہ قرمزیہ کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

جب انفی غشاء مخاطی ماؤف ہو تو بدبودار اور مراض آمد افرازات کو دور کرنے کی غرض سے، نتھنوں کے اندر مرقق دافع سرایت محلولات، مثلاً پوٹاشیم پرمینگنیٹ اور کاربالک ترشہ کی پچکاری لگائی جاتی ہے۔ یا ان ہی محلولات کو انفی نطول کے ذریعہ داخل کیا جاتا ہے۔

حنجری خناق وبائی میں مریض کو ایک ایسے کرہ ہوائی میں رکھنا چاہئے جو نمی سے سیر شدہ ہو۔ ایک چھوٹے سے کمرے میں کھانسی کیتلی استعمال کرنا کافی ہوگا کہ جس کی بھاپ کمرے کو بھر دیتی ہے۔ بعض اوقات ایک گرم غسل سے بھی کافی آرام ملتا ہے۔ اگر چند ہی گھنٹہ میں اصلاح نظر نہ آئے، تو ادخال انبوبہ (intubation) یا قصبہ شگافی کردینی چاہئے۔ اگر سینہ اندر چوسا جارہا ہو، یا مریض اونگھ رہا ہو یا ازرق ہو رہا ہو، یا اگر اس کی پیشانی ٹھنڈی اور چپچپی ہو تو یہ چیزیں فوراً عمل میں لانی چاہئیں۔ انبوبہ، حنجرہ یا قصبہ میں جسقدر جلد داخل کی جائیگی کامیابی کا امکان بھی اتنا ہی زیادہ ہوتا جائیگا۔ اگر یہ شبہ ہو کہ تسدد بڑھ جائیگا تو اسوقت جبکہ بچہ ابھی طاقتور اور اچھی رنگت کا ہو عملیہ کرڈالنا چاہئے۔ بالعموم خناق وبائی میں ادخال انبوبہ پر قصبہ شگافی کو ترجیح دی جاتی ہے۔ اول الذکر چیز میں بالکل خون نہیں نکلتا، اور اگر اس میں ناکامی ہو تو اس کے بعد قصبہ شگافی کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس کے انجام دینے کے لئے خاص ہنرمندی کی ضرورت ہے؛ اور غشا کے قصبہ میں دھکیلے جانے کا خطرہ بھی پایا جاتا ہے۔ عملیہ کے بعد

تقریباً ہمیشہ کچھ نہ کچھ اصلاح ہوجاتی ہے۔ بچہ آزادانہ اور گہرے سانس لیتا ہے اور سکون کے ساتھ سوتا ہے۔ تاہم شعبتی ذات الریہ کا خطرہ پھر بھی باقی رہتا ہے۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے، تسدد بہت نیچے ایک خشک مخاط کی ڈاٹ سے پیدا ہوسکتا ہے۔ اس سے بچنے کے لئے بھاپ استعمال کرنی چاہیئے۔ اگر آکسیجن دیجائے تو اس کو پانی میں سے گذار لینا چاہیئے۔ اگر تسدد واقع ہی ہوجائے تو شہیق کے دوران میں قصبہ شگاف نلی کی راہ سے سوڈیم بائی کاربونیٹ (۱۰ اگرین، ایک اونس پانی میں) کا رشاش کرکے اس ڈاٹ کو اکھاڑا جاسکتا ہے اور وہ کھانسی کے ذریعہ اوپر آجاتی ہے۔ آخری چارہ کار یہ ہے کہ ایک کلاب داخل کیا جائے اور ڈاٹ کو گرفت کرنے کی کوشش کی جائے (Biernacki)۔ اندرونی طور پر، منفثات جیسے ایمونیا یا عرق الذہب کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں، آزمانی چاہئیں۔ قصبہ شگاف نلی کو اکثر ایک سے لیکر چار دن میں نکالا جاسکتا ہے (نیز ملاحظہ ہو آکسیجنی خیمہ)۔

اگر خناق وبائی شلل کی کوئی امارت موجود ہو تو مریض کو لٹائے ہوئے رکھنا چاہیئے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں جن میں نگلنا دشوار ہوجاتا ہے، انفی نلی کے ذریعہ غذا دینے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ نیز ان اصابتوں میں دوران خون کے فشل کا خاص خطرہ بھی موجود رہتا ہے۔ اگر شللی امارات نقیہیت کے زمانہ میں بھی قائم رہیں، تو مریض کو صرف رفتہ رفتہ ہی اُٹھ کر بیٹھنے کی اجازت دینی چاہیئے جبکہ قلب سے کوئی خطرہ باقی نہ رہے۔ شلل کے لئے اکثر سٹرکنین، چھوٹی چھوٹی خوراکوں میں تجویز کی جاتی ہے، بعد ازاں عضلات کے لئے مالش اور بجلی استعمال کی جاسکتی ہے۔ ان کا وظیفہ تقریباً ہمیشہ پورے طور پر بحال ہوجاتا ہے۔ ڈایا فرامی شلل میں ڈرنکر (Drinker) کی مشین استعمال کی جاتی ہے۔

69

کالی کھانسی

WHOOPING-COUGH

(سعال دیکی یا شہقہ : Pertussis)

کالی کھانسی ایک ایسا مرض ہے جس کی امتیازی خصوصیت ایک عجیب و غریب تشنجی کھانسی ہے، جس کے بعد ایک تقریباً بند مزمار میں سے ایک لمبا شہیق واقع ہوتا ہے۔ اس سے ایک مرغ کا سا شور یا ہُوپ (whoop) پیدا ہو جاتا ہے۔

کالی کھانسی، عام طور پر تپش نازلتی درجہ میں کے مریضوں سے، قطیری سرایت کے ذریعہ پھیلتی ہے۔ تاہم اس مرض کے "تندرست" حاملین" بھی معلوم ہیں۔ بچے نہایت ہی اثر پذیر ہوتے ہیں، اور اکثر لوگ اوائل زندگی میں اس مرض میں مبتلا ہو چکے ہوتے ہیں یہ بالغوں پر نہایت شاذ و نادر ہی حملہ کرتا ہے۔ ایک ہی مریض میں دوسرا حملہ ہونا اس سے بھی زیادہ شاذ ہے کہ جتنا امراض طفحیہ میں ہوتا ہے۔ یہ ایک اور آٹھ سال کی عمروں کے درمیان سب سے زیادہ عام ہے۔ لڑکیوں میں اس کے وقوع کا اس سے زیادہ امکان ہے کہ جتنا لڑکوں میں۔ یہ وباؤں کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ لیکن اس چیز کی کوئی زیادہ شہادت نہیں ہے کہ یہ آب و ہوا یا موسم پر منحصر ہوتا ہے۔ اکثر دیکھا گیا ہے کہ کالی کھانسی کی وبا، کھسرا کی کسی وبا کے فوراً بعد واقع ہو گئی ہے۔

امراضیات ۔ کالی کھانسی کا سبب، بارڈیٹ (Bordet) اور گنگو (Gengou) کا عصیہ ہے (۱۹۰۰ء)، جس کو اب خون پسند عصیہ شہقہ (Hæmophilus pertussis) کہتے ہیں۔ نقیہہ مریضوں کا مصل، اس عصیہ کو ملتزق کر دیتا ہے، اور اس کے ساتھ مل کر انحراف متمم کا تعامل پیدا کرتا ہے۔ اس سے تیار کی ہوئی جدرینات سے بظاہر مرض کے ممر پر اچھا اثر

پڑا ہے (فریمین : Freeman) ۔ کھانسی اس افراز کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جو کہ عضویات سے پیدا ہو جاتا ہے ۔ ہُوپ کی آسانی سے توجیہہ نہیں کی جا سکتی بالعموم اس کو مزمار کے تشنجی طور پر بند ہو جانے کا نتیجہ خیال کیا جاتا ہے۔ لیکن احبالِ صوتی کا مجہول طور پر ایک دوسرے کے ساتھ مل جانا ' یا اسوقت جب کہ یکایک شہیق عمل میں آتا ہے ان کا آزادانہ کمل نہ سکنا ' غالباً اس کی توجیہہ قرار دیجا سکتی ہے ۔

شہیقہ کی مرضی تشریح ' در اصل اس کی پیچیدگیوں ' بالعموم شعبتی ذات الریہ کی مرضی تشریح ہے ۔

علامات ۔ حضانت کی مدت سات سے لیکر انیس دن تک ہے۔ انتہائیں چار اور چودہ دن ہیں۔ پہلا درجہ نازلتی ہوتا ہے ۔ کھانسی ' ان بچوں میں جو کہ زیادہ بڑے ہوتے ہیں نفث ' سینہ میں چند ایک خرخراٹ ' اور خفیف تپ پائی جاتی ہے ۔ لیکن بعض اوقات ' کھانسی کے ساتھ زفیری سی غیر معمولی طور پر بار بار کی جاتی ہے ' اور یہ چیز کالی کھانسی کا شبہ پیدا کر سکتی ہے ۔ یہ ابتدائی التہاب شعبتی سات سے لیکر دس دن تک رہتا ہے ' اور پھر اس کے بعد کم و بیش تیزی کے ساتھ دوسرے یا تشنجی یا شہیقی درجہ میں تبدیلی ہو جاتی ہے ۔ شاید پہلے پہل ' کھانسی کے بعد ایک لمبا شہیق پایا جاتا ہے ' اور پھر ایک غیر مشتبہ " ہُوپ " سنائی دیتا ہے ۔ لیکن کھانسی بھی اتنی ہی ممیز ہوتی ہے جتنا کہ ہوپ ۔ ممکن ہے بچہ بظاہر چنگا بھلا ہو اور کھلونوں سے کھیل رہا ہو ' جبکہ وہ یکایک ٹھہر جاتا ہے ' ایک لمحہ کے لئے گھبرایا ہوا معلوم ہوتا ہے اور پھر شاید دوڑ کر اپنی ماں یا دایہ کے پاس چلا جاتا ہے ۔ ذرا سی کھانسی ہوتی ہے اس کے بعد ایک اور کھانسی اور پھر ایک اور کھانسی آتی ہے بغیر اس کے بیچ میں شہیق واقع ہو ۔ ہر آئندہ کھانسی کم اونچی اور زیادہ گھٹی ہوئی ہوتی ہے یہانتک کہ سات یا دس ثانیہ کے اندر یہ کھانسیاں پندرہ یا بیس اخراجی کوششوں تک پہنچ جاتی ہیں ۔ پھر ایک بلند حنجری آواز کیساتھ ایک لمبا شہیق واقع ہوتا ہے یعنی ہُوپ ۔ اب مختصر سی کھانسی کا ایک اور دورہ اٹھتا ہے اور ایک دوسرا ہُوپ پیدا ہوتا ہے ۔ یہ سلسلہ ایک دو مرتبہ اور واقع ہو سکتا ہے اس طرح کہ اس کی شدت

کم ہوتی ہے اور شور بھی کم ہوتا ہے' یہانتک کہ آخر میں ذرا سا لوچدار مخاط
نفث کے ذریعہ خارج ہوجاتا ہے' یا قے واقع ہوتی ہے۔ کھانسی کی کوششوں
کے دوران میں چہرہ ممتلی یا ازرق ہوجاتا ہے' خد و خال پھول جاتے ہیں'
آنکھیں سر سے نکلی پڑتی ہیں' زبان منہ سے باہر لٹک جاتی ہے' خون آلود
لعاب دہن کھانس کر تمام سمتوں میں بکھیرا جاتا ہے' اور شہیق سے بھی کچھ
آرام نہیں ملتا۔ یہانتک کہ مخاط آخر میں نفث کے ذریعہ خارج ہوجاتا ہے
یا دورہ موقوف ہوجاتا ہے۔ اس عرصہ کے دوران میں بچہ اس معکوس عمل
کے سامنے بالکل بے بس ہوتا ہے' جو کہ قطعی طور پر ناممکن الضبط ہوتا ہے۔
ایک ایسا بچہ جو بستر میں ہو' جب حملہ کو آتا ہوا محسوس کرتا ہے تو کھانے
کی کٹوری کو پکڑ لیتا ہے اور اپنے منہ کے نیچے رکھ لیتا ہے۔ دوسرے
چند ثانیوں میں وہ بالکل کھانسی کے رحم و کرم پر ہوتا ہے' اور جو کچھ اس کے
گرد ہو رہا ہے اس سے بے خبر۔ کھانسنے کی کوششوں کے دوران میں جو تسدد
واقع ہوتا ہے ممکن ہے اس سے نزفات واقع ہوجائیں' یا ناک' منہ یا مسوڑھوں
سے خون بہنے لگے' یا زیر ملتحمی کدمات یا جلد کے نیچے نمشات یا نہایت ہی شاذ 70
مثالوں میں دماغی نزف واقع ہوجائے۔ زیر لسانی قرحہ ایک ممیز چیز ہے۔
کچھ مدت کے بعد' چہرہ' سینہ میں خون کی واپسی میں بار بار رکاوٹ ہوجانے
کے باعث' ایک سوجا ہوا پھولا ہوا منظر اختیار کر لیتا ہے۔ یہ حملے اکثر
خود بخود پیدا ہوتے نظر آتے ہیں۔ لیکن اگر بچہ روئے یا غصہ میں آئے' یا
اگر بچہ کو خالی چھیڑا ہی جائے' جیسے اسوقت جبکہ کوئی دایہ اس کے سینہ کا
امتحان کروانے کے لئے کپڑوں کو اتارنے لگتی ہے تو یہ حملے ہمیشہ واقع ہوتے
ہیں۔ دورے' جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے تین یا چار حقیقی ہو یوں پر مشتمل
ہوتے ہیں۔ ایسے دوروں کی تعداد' چوبیس گھنٹے میں ایک سے لیکر ۶۰ تک
جولانی پذیر ہوتی ہے۔ لیکن بہ سے زیادہ دورے ہونا شاذ ہے۔ بہت سی
اصابتیں چوبیس گھنٹہ میں کبھی تیس تک بھی نہیں پہنچتیں۔ وقفوں میں بچہ
بھلا چنگا ہوسکتا ہے' اور اس کو تپ نہیں آتی۔ ہاں اگر کوئی پیچیدگی ہو تو پھر

ایک دوسری صورت ہے۔ کالی کھانسی کا دوسرا درجہ اختلاف پذیر مدت تک، اکثر تین سے لیکر چھ ہفتہ تک رہتا ہے۔ لیکن بعض اوقات دو تین ماہ بلکہ اس سے بھی زیادہ تک رہ سکتا ہے۔ حملے رفتہ رفتہ کم کثرت سے واقع ہوتے ہیں، یہانتک کہ وہ بالکل ہی بند ہوجاتے ہیں۔ یا ایسا ہوتا ہے کہ جب وہ گھٹتے ہیں توان کے ساتھ سادہ کھانسی کے حملے واقع ہوتے ہیں، جن کے بعد کوئی ہُوپ نہیں ہوتا۔ ایسا اور چند ہفتوں تک رہتا ہے۔ موت، دوروں سے براہ راست شاذ و نادر ہی واقع ہوتی ہے۔ کبھی کبھی یہ مزمار کے دیر تک بند رہنے یا دماغی نزف سے واقع ہوجاتی ہے۔

ایسی دوسری **پیچیدگیاں اور عواقب** بھی پیدا ہوسکتے ہیں کہ جن کی وجہ سے کالی کھانسی ایک تشویشناک بلکہ خطرناک شکایت بن جاتی ہے۔ اول الذکر میں ہم التہاب شعبتی کو شمار کرسکتے ہیں جو کہ ابتدا سے آخر تک جاری رہ سکتا ہے، اورشعبتی ذات الریہ کو گن سکتے ہیں (۱۹۱۴ء میں ایم۔ اے۔ بی شفاخانوں میں ۸۸۹ اصابتوں میں سے ۵ء۱۱ فیصدی)۔ شعبتی ذات الریہ میں ہمیشہ تو نہیں لیکن اکثر ہوپ ناپید ہوتا ہے، اور اگر کوئی دوسری حموی پیچیدگی واقع ہوجائے تو بھی وہ غائب ہوتا ہے۔ التہاب اذن (۵ء۶) اس سے کم کثرت سے واقع ہوتا ہے کہ جتنا قرمزیہ میں یا کھسرا میں۔ بعض اوقات عمومی تشنجات واقع ہوتے ہیں (۷ء۲)۔ یہ یا تو دورہ کا راست نتیجہ ہوتے ہیں یا شاذ و نادر دماغی نزف یا علقیت کا، یا شاید ذات الریہ کے آغاز کا پتہ دیتے ہیں۔ عواقب کے طور پر، باقی ماندہ التہاب شعبتی، نفاخ (emphysema) اور تمدد الشعب (bronchiectasis) جس کے ساتھ انگلیوں کی گرز شکلی پائی جائے، کبھی کبھی واقع ہوتے ہیں۔ کالی کھانسی اور تدرن کے درمیان بظاہر کوئی تعلق نہیں پایا جاتا۔

تشخیص۔ یہ زیادہ تر، ہوپ پر، کھانسی کی تشنجی نوعیت پر، اور

نازلتی سے تشنجی درجہ تک مرض کی باقاعدگی پر منحصر ہوتی ہے - بڑھے ہوئے شعبتی غدد ممکن ہے ایک کھانسی پیدا کردیں جو شہقہ سے کسیقدر ملتی جلتی ہو لیکن ایسی صورت میں نہ تو سرایت کی کوئی سرگذشت ہوگی اور نہ ہُوپ ہوگا۔ مستقل ریوی مرض کی دوسری علامات بھی موجود ہوسکتی ہیں۔ کالی کھانسی میں سفید خلیات فی مکعب ملی میٹر ۱۵۰۰۰ یا ۳۰۰۰۰ تک بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ ایک تفریقی شمارندگی میں ۶۰ فیصدی لمفی خلیات، ۴۰ فیصدی کثیر الاشکال نواتی خلیات، اور چند ایک ایوسین پسند خلیات ملتے ہیں۔ یہ تغیرات بہت جلد پیدا ہوجاتے ہیں اور تشخیص میں کام دیتے ہیں (H. T. Ashby)۔ یقینی تشخیص، سعالی قطیروں کو پٹری کی قابوں میں مناسب وسیلوں پر اکٹھا کرکے خون پسند عصیۂ شہقہ کی کاشت کے ذریعہ کیجا سکتی ہے (۹)۔ یہ نازلتی درجہ میں ۷۵ فیصدی اصابتوں سے، دوری درجہ میں ۵۴ فیصدی اصابتوں سے، اور پانچ ہفتہ کے بعد صرف ۹ یا ۱۰ اصابتوں سے حاصل کیا گیا ہے۔

انذار - یہ پیچیدگیوں کی شدت کی بنا پر جانچا جاتا ہے۔

علاج - بچہ کو ایک گرم لیکن خوب ہوادار کمرے میں رکھنا چاہیئے۔ تاہم ایک غیر پیچیدہ اصابت میں بستر پر لٹائے رکھنے کی ضرورت نہیں۔ شہقہ کے دوروں کو روکنے کے لیئے کئی ایک ادویہ استعمال کی گئی ہیں۔ لفاح کو، صبغیہ کی شکل میں بے حد استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک دو سال کے بچے کے لیئے اس کے دو تین قطرے، اور اس سے بڑے بچوں کے لیئے زیادہ بڑی خوراکیں دی جاسکتی ہیں۔ ایک پانچ یا چھ سال کے بچے کے لیئے اس کی معتاد کو احتیاط کیساتھ ۱۰ تا ۱۵ قطروں تک بڑھایا جاسکتا ہے۔ مرقق ہائیڈروسیانک ایسڈ (۱ تا ۲ قطرے)، کلورل (۲ تا ۵ گرین) پوٹاسیم برومائیڈ (۲ تا ۵ گرین)، ہائڈروبرومک ایسڈ (۳ تا ۱۰ قطرے)، اینٹی پائرین (۲ تا ۵ گرین) اور بروموفارم (اس کے ۲ تا ۵ قطرے، روغن بادام اور لعاب کتیرا یا لعاب صمغ عربی کے ساتھ ملاکر) دیئے گئے ہیں۔ حال ہی میں بنزائل بنزوئیٹ (benzyl benzoate) کو بڑی کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ یہ ایک طاقتور

دافع تشنج دوا ہے۔ ایک ٢٠ فیصدی الکحلی محلول استعمال کیا جاتا ہے۔ اسکی
خوراک، ٥ تا ٣٠ قطرے پانی میں ملا کر دن میں تین چار مرتبہ ہے، اور عمر اور حملہ کی شدت پر
71 منحصر ہوتی ہے۔ اس میں بنزل الڈی ہائیڈ، ایک سے ٥ فیصدی کی اختلاف
پذیر مقداروں میں ملایا جاسکتا ہے، جس سے اس کے اثر میں اضافہ ہوجاتا
ہے۔ آکسیجنی خیمہ کے ذریعہ علاج، خواہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے ساتھ ہو یا اس کے
بغیر، دوروں کو بند کرنے کے لئے بے حد موثر ہے۔ جب کھانسی گلے میں گدگدی
ہونے سے پیدا ہوتی ہو، تو لسانی لوزہ پر صبغیہ آیوڈین کی تصبیغ کردینے سے
تسکین حاصل ہوتی ہے۔ اسی طرح شعبتی ذات الریہ کے علاج کی بھی ضرورت
پڑتی ہے۔

معوی تپیں

ENTERIC FEVERS

انیسویں صدی کے اوائل میں، امراض طفحیہ کو چھوڑ کر، تمام تپوں کو
جن میں ایک معین جلدی ثوران کی امتیازی خصوصیت پائی جاتی تھی، مسلسل اور
متوقف میں بانٹا جاتا تھا۔ متوقف تپیں وہی تھے کہ جن کو اب ملیریائی کے نام سے
یاد کیا جاتا ہے۔ جب مسلسل تپوں کو مزید متفرق کیا گیا تو ان میں ٹائیفس، تپ محرقہ
اور تپ ناکسہ کو شامل رکھا گیا۔ سر ولیم جینر (Sir William Jenner) نے
١٨٤٩ء تا ١٨٥١ء میں ٹائیفس اور تپ محرقہ کے درمیان اعتیاز کا یقین آفرین
مظاہرہ کردیا۔ تاہم انفرادی اصابتوں میں ممیز خصوصیات کی عدم موجودگی کے
باعث مشکلات کا سامنا ہوا، اور نسبتہً حال ہی میں جرمنی میں ان دونوں تپوں
کو ایک مشترک نام ٹائیفس ہی کے تحت شامل کیا جاتا تھا۔ اول الذکر کو، اس
بنا پر کہ اس میں تمثیلی اصابتوں میں ثوران بہت نمایاں ہوتا تھا، ٹائیفس طفحی
(typhus exanthematicus) کہتے تھے، اور آخر الذکر کو، اس بنا پر کہ اس میں
معائی اضرار اور ان کی متناظر علامات موجود ہوتی تھیں، ٹائیفس شکمی

(typhus abdominalis) کہتے تھے۔ انگریزی مزادلت میں بھی، کئی سال سے
تپ معوی کی اصطلاح کو، اس امتیازی خصوصیت کو بیان کرنے کے لئے،
نیز امراضیاتی طور پر مختلف ٹائیفس سے اس کے امتیاز پر زور دینے کے لئے
استعمال کیا گیا ہے۔ جب تپ محرقہ، یا تپ معوی کی اصابتوں میں ای برتھ
(Eberth) نے ایک عصیہ دریافت کیا کہ جس کو اب عصیہ محرقہ
(B. typhosus) کہتے ہیں تو اس فرق کی اور بھی تصدیق ہوگئی۔ تاہم سنہ ۱۹۰۱ء
میں یہ پایا گیا کہ ان میں سے بعض اصابتوں میں، کہ جن کو سریری طور پر تپ معوی
کے سوا دوسری چیز نہ سمجھا جاسکتا تھا، سببی عصیہ، ای برتھ کے عضویہ سے
بعض باتوں میں مختلف ہے۔ اس قسم کے دو عضویات شناخت کئے گئے
ہیں، اور ان کو عصیہ محرقہ نما الف (B. paratyphosus A) اور
عصیہ محرقہ نما ب (B. paratyphosus B) کا نام دیا گیا ہے۔ بالعموم
یہ دیکھا گیا ہے کہ بعض مستثنیات کو چھوڑ کر جن کا بعد میں ذکر کیا جائیگا، تپ محرقہ
میں مبتلا مریضوں کا مصل صرف عصیہ محرقہ ہی کو ملتزق کرتا ہے اسیطرح
محرقہ نما تپ، خواہ الف، خواہ ب، میں مبتلا مریض کا مصل، اس محرقہ نما عصیہ،
الف یا ب، ہی کو ملتزق کرتا ہے کہ جس نے اس کی بیماری کو پیدا کیا ہے،
لہذا سردست ہم ان تمام شکلوں کو معوی تپوں یا تپ معوی کی شکلوں
کے طور پر بیان کرنا سہولت دہ سمجھتے ہیں، اور ان میں مندرجہ ذیل امتیازات
قائم کرسکتے ہیں۔

تپ محرقہ جو کہ عصیۂ محرقہ کا نتیجہ ہے۔
تپ محرقہ نما الف جو کہ عصیہ محرقہ نما الف کا نتیجہ ہے۔
تپ محرقہ نما ب جو کہ عصیہ محرقہ نما ب کا نتیجہ ہے۔

سب سے پہلے تپ محرقہ کو بیان کیا جائیگا، اور بعد ازاں وہ فرق
بیان کئے جائینگے کہ جو محرقہ نما عضویات سے پیدا ہونے والی تپوں میں پائے
جاتے ہیں۔

تپ محرقہ

Typhoid Fever

تپ محرقہ خاصکر ابرازات کے ذریعہ سرایت پیدا کرتی ہے۔ اس میں تقریباً تین ہفتہ کی مدت کا ایک حموی زمانہ ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اتنے ہی لمبے ایک یا زیادہ نکسات ہوتے ہیں۔ امتیازی امراضیاتی ضرر، چھوٹی معاء میں پیئر کی چکتیوں (Peyer's patches) کا التہاب اور تقرح ہے۔

نوعی خرد عضویہ جس کو ای برتھ نے دریافت کیا تھا، ایک عصیہ ہے۔ یہ ۲ تا ۳ ملا لمبا ہوتا ہے اور اس کے سرے گول ہوتے ہیں۔ اس پر تقریباً اس سے دو گنے لمبے آٹھ سے لیکر بارہ تک باریک سوطیے لگے ہوتے ہیں۔ یہ عصیۂ قولونی عمومی سے قریبی طور پر ملتا جلتا ہے، تاہم جرثومیاتی کاشفات کے ذریعہ اُس کو اس سے الگ کیا جاسکتا ہے۔ ای برتھ کا عصیہ، زندگی کے دوران میں، خون میں، پیشاب میں، لعاب دہن میں، ان پھوڑوں کی پیپ میں کہ جو التہاب گرد عظمہ اور اسی طرح کے دوسرے اضرار سے پیدا ہوجاتے ہیں حملہ کے کئی ماہ بعد بلکہ کئی سال بعد پایا گیا ہے۔ موت کے بعد، یہ پیئر کی چکتیوں میں، ماساریقی غدوں میں، طحال میں (کثرت سے)، جگر، مرارہ، گردوں، سحایا، مغز استخواں، اور شاذ و نادر پھیپھڑوں اور خصیوں میں پایا گیا ہے۔

72 **بحث اسباب۔** تپ معوی، کسی خاص صنف کے لئے کوئی رغبت ظاہر نہیں کرتی۔ تاہم عمر کا ایک نمایاں اثر ہوتا ہے، اور مرض نوعمر اشخاص میں بہت زیادہ کثرت سے ہوتا ہے۔ پنج سالہ زمانہ جس میں اصابتوں کی زیادہ سے زیادہ تعداد فیصدی پائی جاتی ہے (۲۷ فیصدی) پندرہ اور بیس سال کے درمیان کا ہے۔ تقریباً ۵۰ فیصدی اصابتیں پندرہ اور پچیس کے درمیان ہوتی ہیں، اور ۸۴ فیصدی سے زیادہ اصابتیں پانچ اور تیس سال کے درمیان ہوتی ہیں (کارفیلڈ : Corfield)۔ تاہم مرض ۶۵ سال سے اوپر کی

عمر میں بھی واقع ہوتا ہے (ایا ۲ فیصدی) ۔ یہ سال کے اواخر میں یعنی اگست اور نومبر کو ملا کر چار مہینوں میں زیادہ پھیلا ہوا ہوتا ہے ۔ گرم اور خشک موسم میں اصابتیں اس سے زیادہ تعداد میں واقع ہوتی ہیں کہ جتنی دوسرے حالات میں ۔ یہ ٹائیفس یا تپ ناکسہ کی مانند، جو کہ بیرونی طفیلیات کے ذریعہ منتقل ہوتے ہیں، اژدحام، افلاس اور گندگی سے متاثر نہیں ہوتا ۔ بالعموم شفاخانوں میں طبیب، ممرضات اور طالب علم، تپ معوی کو مریضوں سے براہ راست حاصل نہیں کرتے ۔ انتقال کا ذریعہ، مثالوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں، براز ہوتا ہے ۔ ان شاذ مثالوں میں کہ جن میں ممرضات کو مرض ان کے مریضوں سے لگ گیا ہے، غالباً یہ چیز ان کپڑوں یا بستروں سے براہ راست چھونے سے واقع ہوئی ہے کہ جو برازی اخراجات سے آلودہ تھے ۔ تاہم بعض اصابتوں میں عصیات، بول میں پائے گئے ہیں ۔ وہ ان عظمی اضرار (مثلاً التہاب گرد عظمہ) کی پیپ میں جو کہ بعض اوقات تپ محرقہ کے بعد پیدا ہوجاتے ہیں ہمیشہ پائے جاتے ہیں ۔ لہذا یہ دونوں افرازات، مرض کو منتقل کرنے کا ایک ذریعہ ثابت ہوسکتے ہیں ۔

کسی شہر میں یا دیہاتی ضلع میں تپ محرقہ کے پھیلنے کا ایک عام سبب یہ ہے کہ اس کی رسد آب، ایک انفرادی اصابت کے پاخانہ سے ملوث ہوجاتی ہے ۔ اس کا موقع ان ناقص ذرائع کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو کہ گندآب کا دفعیہ کرنے کے لئے اکثر کام میں لائے جاتے ہیں ۔ دیہات میں ایسے کنوئیں جو پانی پینے کیلئے استعمال کئے جاتے ہیں زہریلے ہوجاتے ہیں ۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ زمین اس گندآب سے جو کہ کسی پڑوس کے بیت الخلا یا ناقص طور پر بنے ہوئے گندابہ سے ٹپک کر آگیا ہے سیر شدہ ہوجاتی ہے ۔ ایک مثال میں ایک کنواں اس طرح ملوث ہوگیا کہ اس میں دھوبن کے گھر کی دھوون ٹپک کر داخل ہوگئی ۔ جس وقت دھوبن نے اس مرض کے ایک مریض کے اخراجات سے آلودہ کچھ کپڑے وصول کئے تھے اس کے کچھ دیر بعد تپ معوی اس مکان میں پھوٹ پڑی کہ جس میں کنوئیں سے رسد پہنچتی تھی ۔ جب پینے کا پانی نلوں کے ذریعہ

پہنچا ہو تو ایسی صورت میں اگر نل اتفاق سے ناقص ہوں، یا اگر وہ مسامدار زمین میں واقع ہوں جو کسی ناکافی طور پر بند، گندآب کے اجتماع سے کافی نزدیک ہو اور اس گنداب میں معوی پاخانہ داخل ہوگیا ہو تو پھر مرض داخل ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے ایک پورے کا پورا خزانہ اس طرح سرایت زدہ ہوگیا ہو۔ تاہم پینے کا پانی ہی، خطرہ کا واحد سرچشمہ نہیں ہے۔ معوی تپ کی وباؤں کا سراغ رسدِ شیر تک لگایا گیا ہے۔ گمان غالب یہ ہے کہ خود دودھ ہی ایسے برتنوں میں کہ جن کو ایسے پانی سے کہ جس میں محرقی گنداب کی تلویث کا اثر پہنچا ہے، ذخیرہ کرنے سے سرایت زدہ ہوگیا ہے۔ تپ محرقہ کا سراغ آئس کریموں تک لگایا گیا ہے جو کہ بازار میں بکتی ہیں۔ نیز ان کستورا مچھلیوں، گھونگوں (cockles)، ام الطلولوں (mussels) اور کلیمز (clams) تک لگایا گیا ہے کہ جو گندابی تلویث میں منکشف، نسل افزا رقبہ جات سے بہم پہنچائے گئے ہوں۔ سلاد آبی (water-cress) اور کرفس بستانی بھی یہی فعل انجام دے سکتے ہیں۔

غذا کے ایسی مکھیوں سے ملوث ہو جانے سے، کہ جو معائی مریضوں کے ابرازات تک رسائی حاصل کر چکی ہوں، سرایت پھیل سکتی ہے۔ یہ چیز ۱۸۹۸ء میں ہسپانوی امریکی لڑائی میں، اور جنوبی آفریقی لڑائی میں تجربہ سے ثابت ہو چکی ہے۔

لیکن مرض کا عصیہ کے ذریعہ منتقل ہونا، صرف اسی زمانہ تک ہی محدود نہیں ہوتا کہ جس میں مریض کو بخار آتا ہے۔ صحت یابی کے کئی ماہ یا سال بعد، جب کہ مریض بظاہر پورے طور پر تندرست ہوتا ہے، ممکن ہے اس کے اندر اب بھی عصیات پناہ گزیں ہوں۔ حقیقت میں یہ عضویات ایسے لوگوں میں موجود ہو سکتے ہیں کہ جن کے متعلق معلوم ہوتا ہے کہ ان کو کبھی بھی تپ محرقہ نہیں ہوئی، اور پھر بھی ایسے لوگ ان اشخاص کے لئے جو ان سے میل جول رکھتے ہیں سرایت کا سبب ہوتے ہیں۔ ان کو محرقی حاملین (typhoid carriers) کہتے ہیں۔ ان کو گروہوں میں بانٹا جاتا ہے

نقیھی یا عارضی حاملین وہ ہیں جن کو ۲ یا ۳ مہینے پہلے مرض ہوا ہو ۔
مزمن حاملین وہ ہیں جن میں عصیہ مہینوں بلکہ سالوں تک باقی رہتا ہے ۔
تندرست حاملین وہ ہیں جن کے متعلق یہ معلوم ہے کہ ان کو بخار نہیں ہوا، اور پھر بھی وہ دوسروں کو سرایت زدہ کرتے ہیں ۔ ابتدائی حاملین بعض ایسے اشخاص ہیں، جو اسوقت جبکہ ان کے براز میں عصیات پائے گئے ہیں، تندرست ہی ہوتے ہیں، تاہم بعد میں ان میں تپ محرقہ نمویاب ہوجاتی ہے۔
حامل کی کسوٹی یہ ہے کہ براز میں یا بول میں عصیات پائے جاتے ہیں ۔ ایک بہت بڑے تناسب میں خون سے وڈال کا تعامل (Widal reaction) بھی حاصل ہوتا ہے ۔ تپ محرقہ کا عصیہ مرارہ میں ہمیشہ پایا جاتا ہے اس کو سب جانتے
ہیں ۔ مزمن حاملین کی ایک بہت بڑی تعداد میں صفراوی سنگ بن جاتے 78
ہیں اور معمولی دقتیں پیدا کرتے ہیں ۔ حاملین، دوسروں کو راست تماس کے ذریعہ سرایت زدہ کرتے ہیں ۔ یا وہ عصیات کو پانی، دودھ یا ان چیزوں میں کہ جن کو وہ ہاتھ لگاتے ہیں منتقل کرکے ایسا کرتے ہیں ۔

مرضی تشریح ۔ تپ معوی کے اصلی اضرار، چھوٹی آنت کی پیئر کی چکتیوں اور منفرد جرابوں میں واقع ہوتے ہیں ۔ یہ لمفی جسیموں سے درریختہ ہوجاتی ہیں ۔ ایک پیئر کی چکتی جو اسطرح متاثر ہوجاتی ہے، پھول جاتی ہے، اور معاء کی اندرونی سطح پر ابھر آتی ہے ۔ یہ خاکستری، ہلکی بادامی رنگت کی، یا گلابی ہوتی ہے ۔ آس پاس کی غشاء مخاطی ممکن ہے اپنی قدرتی رنگت پر ہی رہے ۔ لمفی جسیمے پہلے پہل جرابوں میں تعداد میں بڑھتے ہیں، لیکن پھر اوپر کی غشاء مخاطی اور نیچے زیادہ گہری ساختوں میں درریزش کرجاتے ہیں ۔ جب چکتیاں زیادہ بڑی ہوجاتی ہیں تو ان کی رنگت بالائی جیسی سفید ہوجاتی ہے تقریباً دسویں دن یا ذرا اور مدت کے بعد، ان میں تقرح یا اغشاث ہونے لگتا ہے ۔ پہلے پہل سطح کے ایک نقطہ پر ایک اوپری سی خراشیدگی پیدا ہوجاتی ہے، اور یہ گہری اور زیادہ گہری ہوتی جاتی ہے یہانتک کہ غدہ کا

ایک بہت بڑا حصہ نکل جاتا ہے۔ یا ممکن ہے پوری کی پوری چکتی کا ایکدم سے اغشاش ہوجائے۔ جب غشیئہ ابھی چپکا ہوا ہوتا ہے یہ اکثر اوقات صفراوی لون سے زرد رنگا ہوا ہوتا ہے۔ ان اعمال کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی طبقہ یا باریطونی پوشش، قرحہ کے فرش میں منکشف ہوجاتی ہے۔ آخر میں باریطون اغشاث یافتہ متقرح یا دریدہ ہوجاتا ہے، نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ آنت کے مشمولات نکلکر باریطونی کہفہ میں چلے جاتے ہیں، اور شدید التہاب باریطون پیدا کردیتے ہیں۔ تقرح کا یہ درجہ، بالعموم تیسرے ہفتہ میں کسی وقت واقع ہوتا ہے۔ اس زمانہ کے اواخر میں، موافق اصابتوں میں، انداب کے ذریعہ اندمال کا عمل ہونے لگتا ہے۔ تقرح کا ہونا ضروری نہیں ہے۔ خفیف اصابتوں میں التہابی ورم بغیر کسی اتلافی عمل کے، دور ہوجاتا ہے۔ پیئر کی چکتیوں کی تعداد جو کہ ماؤف ہوتی ہے بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اگرچہ شدید اسہال والی اصابتوں میں بالعموم آنت کا وسیع التہاب پایا جاتا ہے، یہ ضروری نہیں کہ تقرح کی وسعت اور دوسری علامات کی شدت کے درمیان تناظر پایا جائے۔ لفائفی اعوری کواڑی کے پاس کی چکتیوں پر سب سے پہلے حملہ ہوتا ہے، اور یہاں سے یہ عمل اوپر کو پھیل جاتا ہے۔ لفائفی کے زیریں سرے کی منفرد جرابوں میں بھی اسی قسم کا تغیر ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں بڑی آنت (بیشتر اعور) کی لمفی ساجرابیں بھی اسی طرح بڑی ہوجاتی اور متقرح ہوجاتی ہیں۔ آنتوں کی ان لمفی ساختوں کے ساتھ ساتھ ماساریقی غدد بھی التہاب زدہ ہوجاتے ہیں۔ وہ کلانی یافتہ لحمی، گلابی، سرخ یا ارغوانی مائل ہوجاتے ہیں۔ ان کے نسیجیاتی تغیرات، پیئر کی چکتیوں کے تغیرات سے مشابہ ہوتے ہیں۔ دوسرے بعدالموتی مناظر، ان مناظر سے ملتے جلتے ہیں کہ جو کسی دوسری حموی حالت میں پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 18)۔

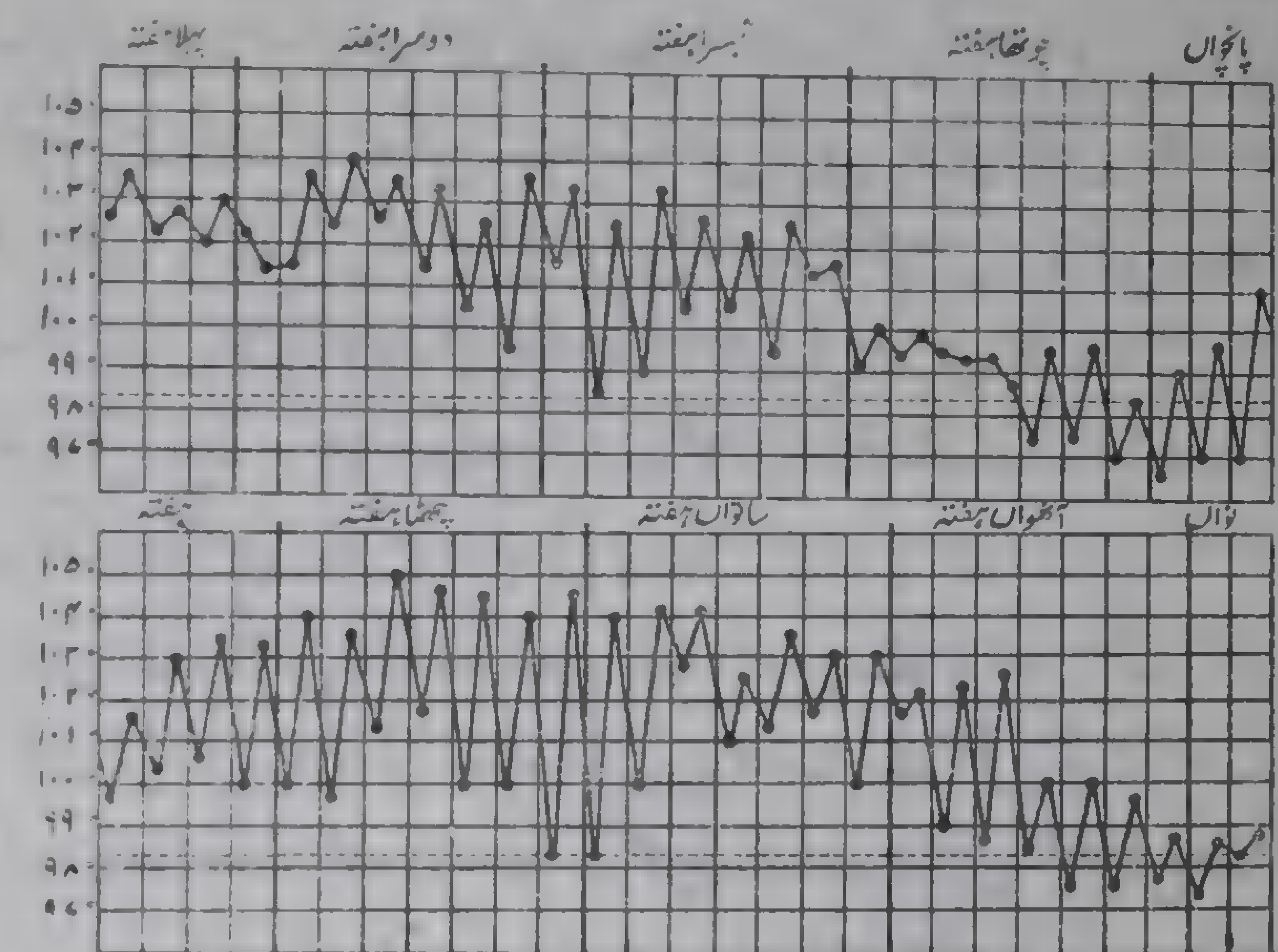
علامات اور مرض۔ حضانت کی مدت ۳ سے لیکر ۲۳ دن تک ہے، بالعموم تقریباً ۱۴ دن۔ مرض کی ابتدا اکثر نہایت ہی کم نمایاں ہوتی ہے مریض کی طبیعت خراب ہوتی ہے، اس کو سستی ہوتی ہے اور وہ کام کرنیکے

ناقابل ہوتا ہے۔ اس کو درد سر، جوارح اور پشت میں درد، عدم اشتہا اور شاید متلی ہوجاتی ہے۔ یہ چیزیں اس کو اس طرح ہوجاتی ہیں کہ اسکو علم بھی نہیں ہوتا کہ وہ کب شروع ہوئیں۔ تاہم اکثر اوقات وہ ایک ایک دن ایسا ضرور متعین کرسکتا ہے کہ جب اس کے کہنے کے مطابق وہ اول اول بیمار پڑا۔ اکثر درد سر شدید ہوتا ہے، اور سب سے زیادہ نمایاں علامت بناتا ہے۔ ممکن ہے پہلے چند روز اسہال ہو۔ تاہم قبض بھی نہایت ہی عام ہے۔ بعض اوقات بیماری کے پہلے احساس کے ساتھ ہی ایک مسہل لے لیا جاتا ہے، اور دست آنا جاری رہتا ہے۔ ممکن ہے مریض پہلے پانچ یا چھ دن ادھر اُدھر چلتا پھرتا رہے، اور کام کرنے کی کوشش کرتا رہے۔ لیکن بالعموم ہفتہ کے آخر پر وہ مجبور ہوکر سب کچھ چھوڑ دیتا ہے اور بستر پر لیٹ جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ تپ معوی کے پہلے چار یا پانچ دنوں میں تپش ہر شام کو دو درجہ تک اونچی ہوجایا کرتی ہے، اور ہر صبح کو ایک درجہ نیچے گرجایا کرتی ہے، چنانچہ اس مدت کے آخر پر وہ ۱۰۳° یا ۱۰۴° تک پہنچ جاتی ہے۔ ابتدائی دنوں میں اتنی اصابتیں صحیح صحیح مشاہدہ سے چھوٹ جاتی ہیں کہ اس چیز کی صداقت دریافت کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا، تاہم یہ یقینی ہے کہ بعض اصابتوں میں تپش پیما بیماری کی پہلی شام میں ۱۰۳° یا اس سے بھی بلندتر ہوجاتا ہے۔ ۱۰۳° یا ۱۰۴° کا بلند لیول جب ایک مرتبہ پیدا ہوجائے تو پھر دسویں سے لیکر چودھویں دن تک تپش عام طور پر تقریباً اسی لیول پر قائم رہتی ہے۔ ہاں یہ ضرور ہے کہ یہ ۱۰۲° تا ۱۰۳° کی صبحی تپشوں، اور ۱۰۳° تا ۱۰۴.۵° کی شام کی تپشوں کے درمیان گھٹتی بڑھتی رہتی ہے۔ نبض تیز، ممتلی، لینّ اور نمایاں طور پر ضربتینی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ نہایت تیز ہوتی ہے۔ لیکن بالعموم، تپش کا لحاظ کرتے ہوئے یہ ٹائیفس اور بہت سی دوسری حموی حالتوں کی نسبت بہت سست ہوتی ہے۔ ممکن ہے یہ کبھی ۱۰۰ سے زیادہ نہ ہو۔ ۸۰ کی نبض ممکن ہے ۱۰۲° یا ۱۰۳° کی تپش کے ساتھ پائی جائے۔ تنفسات تواتر میں بڑھ جاتے ہیں۔

اکثر اوقات خفیف سا التہاب شعبتی بھی موجود ہوتا ہے۔ یہ صفیری خرخرات (sibilant ronchi) سے ظاہر ہوتا ہے اور اس کے ہمراہ شاید مخاطی نفث پایا جاتا ہے۔ ساتویں سے لیکر دسویں دن تک مریض عام طور پر تپ معوی کا ممیز منظر پیش کرنے لگ جاتا ہے۔ وہ 'سست' بے خبر اور بے حس ہوتا ہے۔ تاہم وہ اتنا سست اور بے خبر نہیں ہوتا کہ جتنا ٹائیفس میں ہوتا ہے۔ آنکھیں زیادہ چمکیلی اور پتلیاں اکثر پھیلی ہوئی ہوتی ہیں۔ چہرہ پھیکی رنگت کا ہوتا ہے، گال تمتمائے ہوئے اور ہونٹ سیاہ ہوتے ہیں۔ زبان خشک ہوتی ہے، اور دونوں طرف خشک سفید فرکی ایک پٹی پائی جاتی ہے۔ اس کے اطراف، نوک اور بیچ کا حصہ صاف اور سرخ ہوتا ہے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے، یا شدید اصابتوں میں، زبان اپنی پوری سطح پر موٹی فروالی اور خشک ہوجانے کا رجحان رکھتی ہے۔ کبھی کبھی کثرت سے پسینہ آتا ہے، یا ناک سے نکسیر پھوٹتی ہے۔ پہلے ہفتہ کے ختم پر یا اس سے بعد، یعنی چھٹے سے لیکر بارھویں دن تک، تپ معوی کا ممیز گلابی طفح نمودار ہوتا ہے۔ یہ گلابی رنگ کے دھبے ہوتے ہیں، گول، سطح سے ذرا سے اُبھرے ہوئے، چپٹے، محدب لیکن نکیلے نہیں، چنانچہ اکثر ان کو عدسی الشکل (lenticular) کا نام دیا جاتا ہے، قطر میں ۲ تا ۴ ملی میٹر، اور انگلی سے زور سے دبانے پر غائب ہوجانے والے۔ یہ ٹائیفس کی طرح کبھی نمشی نہیں ہوتے۔ یہ پہلے پہل شکم اور سینہ کے سامنے کے حصہ پر دیکھے جاتے ہیں۔ ممکن ہے یہ ان ہی حصوں تک محدود ہوں۔ تاہم یہ پہلوؤں، پشت، بازوؤں اور رانوں پر بھی واقع ہوسکتے ہیں۔ ان کی تعداد آدھی درجن سے لیکر بیس یا تیس تک ہوتی ہے، لیکن یہ اس سے بہت زیادہ تعداد میں بھی ہوسکتے ہیں۔ اصابتوں کی ایک خاص تعداد میں (۱۰ تا ۲۰ فی صدی) یہ سرے سے ناپید ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کی ایک محدود مدت ہوتی ہے، اور یہ تین یا چار دن میں رفتہ رفتہ مرجھا جاتا ہے۔ لیکن تیسرے ہفتہ کے اخیر تک اور بعض مثالوں میں اس سے بھی بعد تک، روز بروز دھبے نکلتے ہی رہتے

ہیں - یہ موت کے بعد نظر نہیں آسکتے - دوسرے ہفتہ میں معائی علامات بھی نمایاں ہوجاتی ہیں - شکم بالعموم پُر ہوتا ہے بلکہ متمدد ہوتا ہے اور قرع کرنے پر گمک دار پایا جاتا ہے - ممکن ہے الیمیت اور درد دونوں چیزیں موجود ہوں، لیکن اول الذکر آخرالذکر کی بہ نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے - دائیں حرقفی حفرہ میں، اعور اور لفائفی کے زیریں سرے کے مقام پر دباؤ ڈالنے سے اکثر ذرا سا درد ظاہر ہوتا ہے - اسہال، تپ معوی کی ایک متعارف علامت ہے، لیکن اکثر یہ مدت میں اور شدت میں نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتی ہے - اکثر پہلے ہفتہ میں اسہال کا ایک تیز حملہ ہوتا ہے، اور اس کے بعد قبض ہوجاتا ہے - بعض اوقات (بعض وباؤں میں ۴۰ یا ۵۰ فیصدی تک اصابتوں میں) شروع سے آخر تک قبض پایا جاتا ہے - بعض اصابتوں میں اسہال ہر وقت پایا جاتا ہے، اور روزانہ تین یا چار یا زیادہ پاخانے آتے ہیں پاخانوں میں امتیازی خاصہ یہ ہے کہ وہ مائع، مٹر کے شوربہ کی رنگت کے، اور ایک عجیب وغریب ناگوار بدبو والے ہوتے ہیں - عام طور پر ان میں غیر ہضم شدہ غذا کے ریزے، معائی سرحلہ، صفراوی لون، خرد نبقات اور عصیات، ایمونیم میگنیسیم فاسفیٹ (ammonium-magnesium phosphate) کی قلمیں، اور کچھ مدت کے بعد مرض زدہ پیئر کی چکتیوں سے نکلے ہوئے غشیئوں کی دھجیاں پائی جاتی ہیں - وہ قلوی اور ایمونیائی ہوتے ہیں - اس کے علاوہ معائی اضرار، کبھی کبھی نزف (hæmorrhage) کے واقع ہونے سے ظاہر ہوتے ہیں - یہ اکثر اوقات غشیئہ جات کی علیحدگی یا تقرح کے درجہ میں واقع ہوتا ہے - شوخ سرخ خون کی بڑی مقداریں آنت سے خارج ہوتی ہیں، جس سے شدید ہبوط پیدا ہوجاتا ہے، اور شحوب اور تمش کا سقوط واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ادماء نہایت خفیف ہو، اور یہ اکثر مرض کے زیادہ ابتدائی مرحلوں میں واقع ہوتا ہے - طحال اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے - ممکن ہے یہ چیز صرف قرع کے ذریعہ ظاہر ہو - لیکن اکثر مثالوں میں یہ عضو گہرے شہیق پر ضلعی حاشیہ سے ایک یا دو انچ نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے - بول، مقدار

میں کم، گہرے رنگ کا، اور بلند نوعی کثافت والا ہوتا ہے ۔ یوریا اور یورک ایسڈ بڑھے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن سوڈیم کلورائیڈ بیحد گھٹا ہوا ہوتا ہے ۔ بیماری کے آخر میں اصابتوں کی تھوڑی سی تعداد میں البیومن پایا جاتا ہے ۔ دردسر اور دوران سر کے سوا، خفیف اصابتوں میں دماغی وظیفہ میں بہت کم خلل واقع ہوتا ہے ۔ دردسر، دسویں دن کے بعد شاذ ہی باقی رہتا ہے ۔ ممکن ہے



تصویر ۶ ۔ تپ معوی کی ایک اصابت میں کہ جس میں نکس واقع ہو تپش کیسی ہوتی ہے ۔

اسوقت ذرا سی غنودگی یا رات کو بہکی بہکی باتیں کرنے کا رجحان پایا جائے ۔ عارضی بہراپن اکثر دیکھا جاتا ہے ۔ اس قسم کی خفیف اصابتیں، دوسرے ہفتہ کے ختم پر، یعنی دسویں سے لیکر چودھویں دن تک، اپنے بحران کو پہنچ جاتی ہیں ۔ اب تپش ایک ممیز ہمر اختیار کرتی ہے ۔ اب تک وہ ہمیشہ

ایک بلند لیول پر قائم رہا کرتی تھی۔ اب وہ ہر صبح تیزی سے نیچے اور نیچے ہی جاتی ہے۔ شام کی تپشیں بھی گرتی ہیں لیکن بہت کم تیزی کے ساتھ۔ چنانچہ چار یا پانچ دن میں صبح کی تپش ۹۹° یا ۹۸° تک پہنچ جاتی ہے، اور 75 شام کی تپش ۱۰۲° یا ۱۰۱° پر کھڑی رہتی ہے۔ اس کو متفتر درجہ (remittent stage) کہتے ہیں۔ اس نقطہ سے لیکر بیماری کے ختم تک بخار تین یا چار روز وقفہ دار نوعیت کا ہوتا ہے۔ یہ صبح میں تو قریب قریب طبعی ہوتا ہے، لیکن شام کو ۱۰۱° یا زیادہ تک بڑھ جاتا ہے۔ پھر کسیقدر یکایک شام کا بخار موقوف ہوجاتا ہے، اور تپش طبعی یا زیر طبعی رہتی ہے۔ اب گویا نقیہیت شروع ہوگئی ہے۔ اس گرتی ہوئی تپش کے دوران میں دھبے برابر نکلتے رہتے ہیں، طحال ابھی تک محسوس ہوسکتی ہے، اور ممکن ہے ذرا سا اسہال بھی موجود ہو۔ تاہم مریض کی ذہنی حالت میں بالعموم اصلاح ہوجاتی ہے۔ بخار کے پورے طور پر اترنے سے چند روز پہلے اکثر اسے بھوک لگنی شروع ہوجاتی ہے۔

اس کے برعکس زیادہ شدید اصابتوں کے ہمراہ، بیشتر عصبی علامات کی شدت میں زیادتی ہوجاتی ہے، جن پر قلب کے فشل کی علامات، یا شدید شکمی شکایتوں کا اضافہ ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کم و بیش مسلسل ہذیان پیدا ہوجائے، جس کے ساتھ غنودگی بلکہ قوما، انتہائی عضلی انبطاح، نفضِ وتری (subsultus tendinum)، اور بستر کے کپڑوں کو نوچنا پایا جاتا ہے۔ چہرہ سیاہ پڑجاتا ہے، زبان سوکھ جاتی ہے، ہونٹوں اور دانتوں پر میل کی پپڑی جم جاتی ہے، نبض تیز اور لین ہوتی ہے، اور پھیپھڑوں کے قاعدے ممتلی ہوجاتے ہیں۔ یہ چیز لغطات اور ایک نہایت ہی کمزور تنفسی خریر کے ذریعہ ظاہر ہوتی ہے۔ ممکن ہے پیشاب کا احتباس ہوجائے، یا بول و براز دونوں ہی بلا احساس ہوئے خطا ہوجاتے ہیں۔ یہ حالت اس سے ملتی جلتی ہے جو کہ ٹائیفس تپ کے تحت بیان کی گئی ہے۔ مریض ایک حقیقی طور پر محرقی حالت (typhoid state) میں ہوتا ہے۔ ہذیان اس سے

زیادہ شاذ طور پر تند و تیز ہوتا ہے کہ جتنا ٹائیفس میں ہوتا ہے۔ تاہم کبھی کبھی مریض بستر سے کود پڑتے ہیں یا غذا کھانے سے انکار کر دیتے ہیں۔ بعض اوقات قلب کے اتساع کی شہادت پائی جاتی ہے۔ نبض ممکن ہے بے قاعدہ یا متوقف ہو۔ عصبی علامات کی زیادتی کے ساتھ ساتھ، شکمی شکایتیں اکثر نمایاں ہو جاتی ہیں، اسہال افراط سے ہوتا ہے، اور شکم بیحد متمدد، تنیدہ اور الیم ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں ممکن ہے متقرح آنت پھٹ جائے، اور برازی مادہ کے شکمی کہفہ میں نکل جانے کے باعث التہاب باریطون واقع ہو جائے۔ موت دسویں یا بارھویں دن کے بعد قریب قریب کسی وقت بھی ہو سکتی ہے۔ لیکن قوما اور دوسری شدید علامتوں کی طویل مدتوں کے بعد بھی صحت یابی ہو سکتی ہے۔ تپش آہستہ آہستہ طبعی ہو جاتی ہے، اور نقاہت نہایت ہی طویل ہوتی ہے۔

نکسات (Relapses)۔ اصابتوں کی ایک خاص تعداد میں، جو مختلف مشاہدین نے ۳ سے لیکر ۱۰ یا ۱۱ فیصدی تک پائی ہے[1]، تپ معوی کا حقیقی نکس واقع ہو سکتا ہے۔ اس میں بیماری کے تمام مظاہر دوہرائے
76
جاتے ہیں، پیئر کی چکتیوں کا تقرح، بخار، اسہال، اور گلابی دھبے۔ یہ ابتدائی بخار کے ختم کے بعد بڑی دیر میں یعنی ۱۱ دنوں کا وقفہ دے کر واقع ہو سکتا ہے۔ لیکن اکثر اس سے بہت تھوڑا وقفہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات حقیقی عدم تپ کا کوئی وقفہ ہی نہیں ہوتا، اور نکس، ابتدائی بخار سے مسلسل معلوم ہوتا ہے۔ اس کی مدت اکثر پہلے حملہ جتنی لمبی ہوتی ہے (تصویر ٦)۔ بالعموم یہ کسیقدر خفیف تر ہوتا ہے۔ ممکن ہے موت نکس میں ہی واقع ہو جائے۔ لیکن زیادہ اکثر یہ پیچیدگیوں سے، جیسے معاء کے انثقاب یا التہاب باریطون، یا نزف سے واقع ہوتی ہے، نہ کہ صرف ارتفاع تپش

[1] مٹرو پولٹن اسائلمز بورڈ کے شفا خانوں میں ۱۹۰۰ء سے لیکر ۱۹۱۱ء تک بارہ سالوں میں یہ تعداد فیصدی ۳ د ۱۰ تھی۔ ۱۹۱۲ء میں، ۳۱٦ اصابتوں میں نکسات کی تعداد فیصدی ۹٦ د ٦ تھی۔

یا تسمم الدم کی شدت سے۔ کبھی کبھی عدم تپ کے ایک دو سرے وقفہ کے بعد ایک دوسرا نکس واقع ہوتا ہے۔ تیسرا اور چوتھا نکس بھی مشاہدہ کیا گیا ہے، لیکن یہ نہایت شاذ ہوتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ پیچیدگیاں، بے شمار ہوتی ہیں اور مختلف ہوتی ہیں تاہم مریض کی ایک بہت بڑی تعداد ان سے بچی رہتی ہے۔ جیسا کہ توقع کی جا سکتی ہے، سب سے اہم پیچیدگیاں وہ ہیں جو کہ معائی اضرار سے متعلق ہوتی ہیں۔ نزف (۰ء۶)[1] کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 74) التہاب باریطون موت کا ایک عام سبب ہے۔ یہ عام طور پر کسی ایک متقرح پیئر کی چکتی کے فرش کے مثقوب ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، جس میں سے آنت کے مشمولات باریطونی کہفہ میں وعا بدر ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ باریطونی طبقہ میں سے التہاب کے پھیل جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، بغیر اس کے کہ کوئی انثقاب دریافت ہو۔ شاذ مثالوں میں یہ التہاب زدہ ماساریقی غدد اور طحال کے انفعامات کے نرم ہو جانے، یا مرارہ کے پھٹ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آنت کا انثقاب، محرقی تپ کی ۲۰ فیصدی سے زیادہ، مہلک اصابتوں میں واقع ہوتا ہے۔ دو تہائی سے زیادہ اصابتوں میں یہ دوسرے، تیسرے یا چوتھے ہفتہ واقع ہوتا ہے، لیکن نویں دن سے پہلے یہ شاذ ہوتا ہے۔ انثقاب بالعموم لفائفی کے آخری دو فیٹ میں واقع ہوتا ہے۔ بالعموم دو یا زیادہ انثقابات موجود ہوتے ہیں۔ اس کے آغاز کے ساتھ اکثر حاد درد، ہبوط، اور شاید قے یا لرزے ہوتے ہیں۔ شکم الیم، اکثر اوقات چپٹا اور کرخت اور بعض اوقات متمدد ہوتا ہے۔ دونوں صورتوں میں وہ سانس لینے پر بمشکل کچھ حرکت کرتا ہے۔ نبض صغیر اور تیز ہوتی ہے، اور تپش بعض اوقات گر جاتی ہے۔ تاہم ممکن ہے اس کی آمد صرف ہبوط اور بڑھتے ہوئے

---

[1] صفحات ۱۹۴ تا ۱۹۷ میں خطوط وحدانی کے اندر کے اعداد، ۱۹۱۲ء میں میٹروپولیٹن اسائلمز بورڈ کے شفاخانوں میں ہر پیچیدگی کے وقوع کی تعداد ظاہر کرتے ہیں۔ اس کے بعد معطیات شائع نہیں کئے گئے۔

تمدد سے معلوم ہو۔ نہایت ہی شدید اصابتوں میں، جن میں آنت کا بے حد تمدد اور قوما اور ہذیان پایا جاتا ہے، ممکن ہے التہاب باریطون بتانے والی کوئی یقینی امارت نہ ہو۔ چنانچہ کبھی کبھی انشقاب اور التہاب باریطون اس وقت جبکہ زندگی کے دوران میں ان کا شبہ نہ کیا گیا ہو، بعد الموت پائے جاتے ہیں۔ کل سفید خلوی شمار زندگی میں ہر گھنٹہ کے بعد زیادتی ہو جانا مشکوک اصابتوں میں ایک اہم تشخیصی امارت ہے۔ جب تک کوئی قرحہ مندمل نہ ہو جائے انشقاق واقع ہونے کا احتمال باقی رہتا ہے۔ اس قسم کا انشقاق، آنت کے کسی بھی اختلال سے واقع ہو سکتا ہے، مثلاً قے، تبرز، اُٹھ کر بیٹھنے کی مشقت اٹھانے، اندرونی طور پر کوئی غیر ہضم پذیر غذا یا ملین استعمال کرنے سے۔ چنانچہ ایسی اصابتیں کہ جن کا مرض خفیف ہوتا ہے اس سبب سے مہلک ثابت ہو سکتی ہیں۔ بلعوم کے تقرحات بھی مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ اکثر یہ اوپری ہوتے ہیں، اور حلقوم کے ستونوں پر واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان کے ساتھ لمفی غدوں کا ورم پایا جاتا ہے۔ یہ بیماری میں بہت جلد پائے جا سکتے ہیں۔ ان کو غلطی سے آتشک یا خناق وبائی کی طرف منسوب کر دیا گیا ہے۔

تپ معوی میں التہاب شعبتی کی ذرا سی مقدار، عام ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی یہ اتنا شدید ہوتا ہے کہ اصابت کی خاص خصوصیت بن جاتا ہے۔ چہرہ ممکن ہے بالکل کبود ہو، اور ساری سطح پر کم و بیش ایک وریدی جھلک نظر آتی ہے۔ سینہ لغطات اور خرخرات سے بھرا ہوتا ہے، اور مخاط یا مخاطی ریم کا نفث ہوتا ہے۔ بعض اوقات شدید اصابتوں میں حنجرہ کا تقرح واقع ہوتا ہے۔ قرحہ عام طور پر سبوچہ نما کرّی پر واقع ہوتا ہے۔ بلکہ ممکن ہے کہ کرّی منکشف ہو جائے اور یہ تنخر کی حالت میں ہو۔ بعض اوقات گرد غضروفی التہاب (perichondritis) کے باعث کرّی کے گرد ایک پھوڑا بن جاتا ہے۔ ان حنجری پیچیدگیوں کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ آواز بیٹھ جاتی ہے یا مکمل بے صوتی پیدا ہو جاتی ہے۔ زفیری کوششوں میں

حنجرہ سے اتصالی بافتوں میں ہوا کے گھس جانے سے زیر جلدی نفاخ پیدا ہوجاتا ہے۔ ان اصابتوں میں جو کہ صحت یاب ہوجاتی ہیں مزمار کا ندبی تضیق پیدا ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے عارضی بے صوتی، تقرح کی کسی شہادت کے بغیر واقع ہوجائے۔ ذات الریہ، جو بعض اوقات گنگرینی ہوجاتا ہے، شعبتی ذات الریہ (۴،۵)، اور ذات الجنب (۹،) مصلی بھی اور قیحی بھی، کبھی کبھی واقع ہوجاتے ہیں۔ اس سے بہت زیادہ شاذونادر استرواح الصدر (pneumothorax) واقع ہوتا ہے۔ یرقان کسیقدر شاذ طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے یہ التہاب جگر کے باعث ہو یا ممکن ہے عصیہ کی مرارہ کے لئے مسلمہ رغبت کے باعث ہو۔ پاخانہ ضرور نہیں کہ صفراوی لون سے محروم ہوجائے۔ صحت یابی بلا کسی مزید علامت کے واقع ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے التہاب مرارہ (cholecystitis) موجود ہو۔ حاد التہاب گردہ (۳،۱)، اور بعض اوقات اس کے ساتھ کثرت سے البیومن بولیت یا دم بولیت، واقع ہوجاتی ہے۔ تپ معوی کی تقریباً ایک چوتھائی اصابتوں میں بول میں عصیات پائے جاتے ہیں، خاصکر تیسرے ہفتہ میں۔ بعض اوقات وہ اس کثرت سے ہوتے ہیں کہ ایک نظر آسکنے والا جماؤ پیدا ہوجاتا ہے (عصیہ بولیت :bacilluria)۔ بعض اوقات وہ التہاب مثانہ یا التہاب حوض گردہ پیدا کردیتے ہیں۔ وہ ان جگہوں میں سالہا سال تک باقی رہ سکتے ہیں، جیسا کہ محرقی حاملین کے سلسلہ میں کہا گیا ہے۔ التہاب اذن (۲،۳) اور سیلان الاذن، بخار میں یا بخار کے بعد واقع ہوسکتے ہیں۔ ممکن ہے ان سے بہراپن پیدا ہوجائے، یا عفونت الدم (septicæmia) اور التہاب سحایا (meningitis) کی زیادہ تشویشناک حالتیں پیدا ہوجائیں۔ عصیہ محرقہ سے التہاب سحایا معائی اضرار کے بغیر پیدا ہونا مندرج کیا گیا ہے۔ دوہرا التہاب عصب بصری (double optic neuritis) بعض اوقات دیکھا جاتا ہے، لیکن یہ شاذ ہے۔ کبھی کبھی بخار کے دوران میں یا نقیہیت کے دوران میں دوسرے

مقامی التہابات بھی واقع ہوجاتے ہیں، اور صحت یابی میں کافی تاخیر پیدا کرتے ہیں۔ مثلاً التہاب نکفیہ (parotitis) (۳ ی) جس کے بعد تقیح یا گردن کی وسیع دررینختگی واقع ہوسکتی ہے۔ التہاب خصیہ، التہاب عضلہ، آکلۃ الفم (cancrum oris)، پھوڑے (۲، ۲)، دبل (۶ ی) اور وجہی سرخبادہ (facial erysipelas)۔ التہاب گرد عظمہ (۳، ۱) خاصکر قصبیہ ہڈی پر واقع ہوتا ہے، لیکن یہ دوسری ہڈیوں، جیسے زندی ہڈی (ulna) اور بعد رسغی ہڈیوں میں بھی واقع ہوسکتا ہے۔ ضلعی کرسیوں کا گرد غضروفی التہاب بھی واقع ہوسکتا ہے۔ قطنی عجزی خطہ کا درد جو چلنے سے بڑھ جائے، اور مدت تک باقی رہے، اسکو محرقی شوکہ (typhoid spine) کہتے ہیں۔ بعض مثالوں میں رانجن کی شعاعوں سے قطنی یا زیریں ظہری فقرات کے آس پاس التہاب عظم، التہاب گرد عظمہ اور التہاب گرد غضروفی ظاہر ہوا ہے۔ ایک اور حالت وہ ہے جسے الیم پا انگشتیں (tender toes) کہتے ہیں۔ اس میں پاؤں کی انگلیاں اور تلوے چلتے وقت دباؤ پڑنے کے باعث دردناک محسوس ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں، احتیاط سے تیمارداری کرنے کے باوجود ممکن ہے قروح الفراش (bed-sores) پیدا ہوجائیں۔ ابتدائی نقیہیت میں فخذی ورید کی، بالعموم بائیں طرف پر، علقیت (۲، ۲) واقع ہوجاتی ہے۔ اس سے پاؤں اور ٹانگ کا اذیما اور ورید کے ممر میں الیمیت پیدا ہوجاتی ہے۔ بیشتر یہ کسی قسم کی تکلیف پیدا کئے بغیر رفع ہوجاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے علقیت بڑی شکمی وریدوں میں پھیل جائے، یا تھکے کے ٹکڑے الگ ہوکر ریوی سدادیت اور موت کا باعث ہوں۔ لرزے شاذ و نادر واقع ہوتے ہیں۔ عصبی عواقب میں، التہاب سحایا کے سوا، مندرجہ ذیل چیزیں شامل ہیں، التہاب دماغ (encephalitis) (شاذ و نادر)، ذہنی اختلال، خاصکر کورساکو کا علاماتی مخلوط (Korsakow's syndrome)، اور چند مثالوں میں حافظہ کا ایک مستقل نقص، التہاب اعصاب محیطی، اور شاذ و نادر مقامی عضلی ذبول۔

تپ محرقہ کے اقسام۔ تپ محرقہ سے زیادہ اختلاف پذیر امراض بہت کم پائے جاتے ہیں۔ اگرچہ اس کی مدت، ممیز طور پر تین ہفتہ ہے، ممکن ہے یہ نہایت کم یعنی دس دن یا نہایت زیادہ یعنی پانچ یا چھ ہفتہ ہو۔ مختصر حملوں کو بجا طور پر ناتمام کے نام سے بیان کیا جاسکتا ہے لیکن ان کے بعد بھی بالکل اسی نوعیت اور مدت کا نکس پیدا ہوسکتا ہے۔ بعض اوقات تپش، اس طریقہ پر جو کہ اوپر بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 73) گرنی شروع ہوتی ہے، اور پھر طبعی تک پہنچنے سے پیشتر، متفتر نوعیت پر قائم رہتی ہے اور آٹھ یا دس دن تک (صبح کو) ۱۰۰° اور (شام کو) ۱۰۲° کے درمیان گھٹتی بڑھتی رہتی ہے۔ چنانچہ بخار پانچویں ہفتہ میں اطالت پذیر ہوجاتا ہے، اگرچہ مریض کی طبیعت ہر روز بہتر رہتی ہے، اور اس کو کوئی ظاہرا پیچیدگیاں نہیں ہوتیں۔ بعض اصابتوں میں بخار کی اطالت پذیری اس بلند تپش کے تسلسل سے متناظر ہوتی ہے۔ جو کہ دوسرے ہفتہ کا خاصہ ہے۔ بالعموم یہ شدید اصابتیں ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں علالت اسقدر خفیف ہوتی ہے کہ مریض اپنے روزمرہ کے کام میں مشغول رہتے ہیں، یہانتک کہ غذا میں کوئی بدپرہیزی یا ملینات کا استعمال، جو لاعلمی میں دئے گئے ہیں، ایک مہلک انثقاب کا باعث ہوتا ہے۔ اس قسم کی اصابتیں جو اپنی عمومی علامات کے لحاظ سے تو اسقدر خفیف ہوں اور اپنے ممکنہ اختتام کے لحاظ سے اسقدر خطرناک ہوں، انتقالی محرقہ (ambulatory typhoid) کہلاتی ہیں۔ ہرجلی (ataxic) اور مضعف (adynamic) شکلیں بھی بیان کیگئی ہیں۔ لیکن یہ نام محض جسم کے ایک یا دوسرے نظام میں علامات کے غلبہ کو ظاہر کرتے ہیں۔ نہایت شاذ طور پر
ایک نزفی شکل (hæmorrhagic form) واقع ہوتی ہے۔ اس میں جلد پر 78
پرپیورائی ثورانات، مخاطی اغشیہ سے ادماء، نکسیر، نفث الدم، قے الدم، اور عضلات اور اندرونی اعضا میں نزف واقع ہوتا ہے (مقابلہ کرو کھسرا اور چیچک سے)۔ تپ محرقہ اکثر بچوں میں خفیف ہوتی ہے، اکثر اس کی مدت مختصر ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ پیٹ کی چکیتوں کا اس سے کم وسیع مرض پایا جاتا

ہے کہ جتنا اوسط بالغی اصابتوں میں پایا جاتا ہے - تپش کے فترات، جو بالغوں میں علالت کے آخری نصف میں اسقدر نمایاں ہوتے ہیں، اکثر بچوں میں اور بھی زیادہ نمایاں ہوتے ہیں - قدیم مصنفین کا "صبیانی متفتر بخار" (infantile remittent fever) بلاشک وشبہ تپ محرقہ ہی تھی - نیز زیادہ عمر کے اشخاص میں گلابی دھبے اور کلانی یافتہ طحال اکثر ناپید ہوتی ہے -

تشخیص - ارتفاع تپش کی ہر اس اصابت میں کہ جس میں تپ معوی کا ذرا سا بھی شبہ ہو، ابتدائی ترین لمحہ پر عضویہ کو دموی کاشت کے ذریعہ علیحدہ کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے - سخت عدیم العفونت احتیاطوں کے ساتھ کسی ورید سے خون نکال لیا جاتا ہے - اس میں اتنا، عقیم سوڈیم سٹریٹ ملایا جاتا ہے کہ ایک ۵ ر فیصدی محلول تیار ہو جائے - اس سے یہ غرض ہے کہ تھکا نہ بننے پائے - پھر اس میں اس کے حجم کی ۵ تا ۱۰ گنا عقیم یخنی ملادی جاتی ہے، اور اس سب کو ۳۷° س پر محتضن کیا جاتا ہے - کم از کم ۵ مکعب سنٹی میٹر خون نکالنا چاہیئے اور کئی ایک کاشتی نلیاں تیار کرنی چاہیئیں - اس دموی کاشت سے جو مرض کے پہلے سات دنوں کے اندر انجام دی جائے مثبت نتائج کا بلند ترین تناسب حاصل ہوتا ہے - تاہم یہ چیز اس سے بہت زیادہ مدت تک بھی مثبت رہتی ہے، اور مریض کو خواہ مرض کے کسی بھی درجہ میں دیکھا جائے اس کی ضرور کوشش کرنی چاہیئے ۔ ان اصابتوں میں جو کہ سات دن سے زیادہ کی مدت کی ہوں، خرد عضویات کے معائی گروہ کے خلاف مصل کی الزاقی قوت کا امتحان کرنے کی غرض سے بھی خون کا نمونہ لینا چاہیئے (وڈال کا تعامل : Widal's reaction) - براز اور بول کے نمونجات کو کاشت کے لئے بھیجنا بطور ایک دستور العمل تدبیر کے ایک مناسب چیز ہے - تاہم مثبت نتائج، علالت کے تمام درجوں میں حاصل نہیں کئے جا سکتے - منفی نتائج کے متعلق جلدی سے یہ نہ سمجھ لینا چاہیئے کہ ان سے مرض خارج از بحث ہو گیا ہے - لہٰذا علالت کے سریری خصائص کی طرف، نیز اصابت کے اسباب

اور سرگزشت میں مختلف نکات کی طرف پوری توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ وڈال کا تعامل، بالعموم مرض کے تقریباً چودھویں دن سے پیشتر مثبت نہیں ہوتا۔ تاہم یہ نقیہیت کے بعد کئی ماہ تک مثبت رہ سکتا ہے۔ محرقہ نما تپوں کی تشخیص میں، نیز ایسے لوگوں میں جن کو تطعیم کیا گیا ہو، اس تعامل کی قدر و قیمت پر بعد میں بحث کیجائیگی۔

ان مختلف اقسام کی بنا پر جو کہ تپ معوی اختیار کرسکتی ہے، اور اس تواتر کی بنا پر جس سے اس کی اپنی تمثیلی علامات ناپید یا غیر متمیز ہوسکتی ہیں، اس کے ساتھ متعدد امراض گڈمڈ کئے جاسکتے ہیں۔ تاہم مختصراً یہ کہہ سکتے ہیں کہ وہ صفات جو کہ سب سے زیادہ مستقل اور تپ معوی کے سب سے زیادہ ایماکن ہیں یہ ہیں، درد سر، ہٹیلی تپ، گلابی دھبے، اور کلانی یافتہ طحال۔

ابتدائی درجوں میں تپ معوی کو، امراض طفحیہ سے ممیز ثوران کی عدم موجودگی کی بنا پر علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔ شدید مفصلی دردوں سے ممکن ہے تپ رثیتی (rheumatic fever) کا شبہ پیدا ہو۔ ایک طویل حموی شکایت، جو غیر محسوس طور پر پیدا ہوگئی ہو، اور کوئی بدیہی مقامی ضرر نہ ظاہر کرتی ہو اس سے ہم کو ہمیشہ تپ معوی کا خیال گزرنا چاہیئے۔ تاہم انفلوئنزا کا بیجد پھیلا ہونا کئی ایک غلطیوں کا موجب ہوتا ہے۔ انفلوئنزا ایک بہت زیادہ ناگہانی اور تیزی سے انبطاح پیدا کرنے والا مرض ہے تاہم اس میں اسقدر اختلاف پایا جاتا ہے کہ تقریباً کوئی بھی علالت جو درد سر، درد پشت اور بخار سے شروع ہو اسی کا گمان پیدا کرسکتی ہے۔ اگر تپ محرقہ موجود ہے، تو تپش بلند رہتی ہے، بلکہ بڑھ جاتی ہے، اور اسہال، طحال کی کلانی یا گلابی دھبوں سے تشخیص کی صداقت ظاہر ہوجاتی ہے۔ مرارہ پر الیمیت اور دائیں مراق میں عضلی مزاحمت کے بارے میں یہ کہا جاتا ہے کہ حقیقت میں یہ محرقی سرایت کی ابتدائی امارات ہیں۔ لیکن، لازمی طور پر، یہ ممکن ہے کہ یہ مقامی التہابی اضرار کا نتیجہ ہوں۔

بعد کے درجوں میں، اس چیز کے لحاظ سے کہ سر، سینہ یا شکم میں
سب سے زیادہ خلل نظر آتا ہے مختلف امراض سے مشابہت پیدا ہوجاتی
ہے ۔ چنانچہ محرقہ کا درد سر، جو کہ شاذ و نادر ہی دسویں دن کے بعد قائم
رہتا ہے، اور بعد کا ہذیان، تدرنی التہاب سحایا کا گمان پیدا کرتا ہے
ان دونوں امراض کو کثرت سے آپس میں گڈ مڈ کردیا جاتا ہے ۔ قطنی کچو کا،
اور دماغی نخاعی سیال کا خلیات، اور پروٹین اور درنی عصیات کے لیے
امتحان کرنا تشخیص کا فیصلہ کردیتا ہے ۔ جب ریوی علامات نمایاں ہوں تو
کثیر المقدار التہابی شعبتی لغطات اور تکتکے جن کے ساتھ متفرق تپ پائی جائے 79
حاد عمومی تدرن کا شبہ پیدا کرتے ہیں ۔ شکمی امراض جن کو تپ محرقہ
سے گڈ مڈ کیا جاسکتا ہے خاص طور پر تدرنی التہاب باریطون اور التہاب
زائدہ ہیں ۔ دونوں میں بلند تپ، شکم کا تمدد اور الیمیت پائے جاسکتے
ہیں ۔ تدرنی التہاب باریطون میں، ساتھ کے تدرنی تقرح کے باعث پاخانے
بار بار آتے ہیں اور زرد ہوتے ہیں ۔ التہاب زائدہ میں مقامی درد اور
الیمیت پائی جاتی ہے ۔ تقیح اللاموی یا عفونت اللاموی حالت، جو شکم
کے دوسرے حصوں میں پھوڑے یا تقیح، مثلاً جگر کے پھوڑے یا التہاب گرد کلوی
(perinephritis) کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے، وہ بھی خلط ملط کا باعث
ہوسکتی ہے ۔ ایک شاذ مرض تقیحی التہاب ورید الباب (suppurative
pylephlebitis) ہے جس میں جگر کے ماؤف ہونے کی مقامی شہادت ممکن
ہے کم ہو یا بالکل نہ ہو ۔ اس کو کبھی بھولنا نہ چاہیے ۔ ان میں سے اکثر
حالتوں میں کثرت خلیات ابیض موجود ہوتی ہے ۔ سرایتی یا خبیث
التہاب دروں قلبیہ (infective or malignant endocarditis) پر اکثر
تپ محرقہ کا دھوکا ہوجاتا ہے ۔ مرض موئینی (trichinosis) ایک ایسا مرض ہے
جو جسم کے اندر پیچدار موئینہ کے تکاثر کے باعث پیدا ہوجاتا ہے ۔ اس پر
بھی تپ محرقہ کا دھوکا ہوچکا ہے ۔ یہ شدید عضلی دردوں، آنکھ کے پپوٹوں کے
اذیما، اور بعض اوقات پورے جسم کے اذیما سے متمیز ہوتا ہے ۔

تپ متموج (undulant fever) بھی تپ محرقہ سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے۔ جب بیماری ایسی جگہ سے لگی ہو کہ جہاں اول الذکر مرض پھیلا ہوا ہو، تو اس کا خیال دل میں لانا چاہیئے۔ ملیریائی سرایت کی بعض قسمیں، خاصکر خبیث ثلاثی قسم، تقریباً ہو بہو تپ محرقہ سے ملتی جلتی ہے۔ ان کو متفرق کرنے کی چیزیں یہ ہیں، خون میں طفیلیات کا مظاہرہ کرنا سرخ خلیات کی تباہی جو ایک خون کی فلم میں نظر آتی ہے، اور ارتفاع تپش کا کونین کے لئے ردعمل۔ تاہم یہ کبھی بھولنا نہیں چاہیئے کہ ملیریائی سرایت اور تپ محرقہ ایک ہی مریض میں بیک وقت موجود ہو سکتی ہیں۔

خون کے امتحان سے (ملاحظہ ہو خون کے امراض) تشخیص میں کچھ مدد مل سکتی ہے۔ تپ محرقہ کے ابتدائی تریں درجوں کو چھوڑ کر باقی سب درجوں میں تعدیل پسند سفید خلیات گھٹ جاتے ہیں۔ وہ زوال پذیر ارتفاع تپش کے زمانہ میں اپنے اقل کو پہنچ جاتے ہیں۔ اسی طرح لمفی خلیات بھی ابتدا میں گھٹ جاتے ہیں، لیکن مسلسل ارتفاع تپش کے درجہ کے ختم پر پھر بڑھ جاتے ہیں اور وہ بخار کے دوران میں شروع سے لیکر آخر تک افراط سے رہتے ہیں، اور اسی طرح چند ہفتوں تک نقیہیت میں بھی۔ ایوسین پسند خلیات پہلے پہل غائب ہو جاتے ہیں، اور لمفی خلیات کی زیادتی کے وقت وہ بھی بڑھ جاتے ہیں (Nägeli)۔ ثانوی سرائتوں یا دوسری پیچیدگیوں سے سفید خلیات، اور خاصکر کثیر الاشکال نواتی خلیات پھر بڑھ جاتے ہیں۔

میرس (Marris) نے یہ دیکھا کہ بخاروں کے معائی گروہ میں اٹروپین قلب کے فعل کو اس حد تک تیز نہیں کرتی جس حد تک کہ وہ تندرست اشخاص میں کرتی ہے۔ یہ فرق تقریباً بخار کے دسویں دن مشاہدہ کیا جاتا ہے، اور بعض اوقات اس سے پہلے بھی۔ اٹروپین کے لئے طبعی محیبیت چودھویں دن کے بعد کسی وقت بھی بحال ہو جاتی ہے۔ تاہم یہ اس سے زیادہ مدت تک باقی رہ سکتی ہے، اور نکسات کے لحاظ سے تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایسے لوگوں میں جو ۵۰ سال سے اوپر ہوں، یا جو قلب کے مرض

یا شریانی صلابت میں مبتلا ہوں، قلب کا تیز نہ ہو سکنا، سابق میں موجود قلبی عروقی تغیرات کے باعث ہو سکتا ہے۔ وہ محرقی زہر کے باعث نہیں ہوتا۔

شرح نبض کو دقیقہ دقیقہ کے بعد دیکھا جاتا ہے اور مندرج کر دیا جاتا ہے، یہانتک کہ وہ ایک حالت پر قائم ہو جائے۔ پھر اٹروپین سلفیٹ کا $\frac{1}{50}$ گرین زیر جلدی طور پر مشرب کیا جاتا ہے۔ بہترین یہ ہے کہ اسے عضلۂ ثلاثی الرؤوس پر مشرب کیا جائے۔ پچیس دقیقہ کے بعد نبض کو دقیقہ دقیقہ کے بعد پھر مندرج کیا جاتا ہے یہانتک کہ یہ واضح ہو جائے کہ اس کی شرح اپنے بلند ترین نقطہ پر پہنچ گئی ہے اور اب گراہی چاہتی ہے۔ میرسن نے یہ نتیجہ اخذ کیا ہے کہ اگر اٹروپین کے بعد شرح نبض دقیقہ میں ۲۰ یا زیادہ ضربات کے برابر بڑھ جائے، تو یہ سمجھنا چاہیئے کہ مریض غالباً تپ محرقہ میں یا محرقہ نما سلسلہ میں سے کسی ایک تپ میں مبتلا نہیں ہے۔ اگر ۱۰ سے کم ضربات کا اضافہ ہو جائے تو یہ دلیل ہے اس امر کی کہ ان میں سے کسی ایک مرض کی سرایت ہو گئی ہے۔ ۱۰ اور ۲۰ کے درمیان کی خواندگیاں، غیر یقینی نتیجہ پیدا کرتی ہیں۔

انذار۔ تپ محرقہ کی شرح اموات، مختلف وباؤں میں ۵ سے لیکر ۲۰ فیصدی تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ پیچیدگیاں موت واقع کرنے میں ایک بڑا حصہ لیتی ہیں۔ ان کے وقوع سے انذار میں کسی وقت بھی تغیر و تبدل ہو سکتا ہے۔ ان سے قطع نظر کیا جائے تو بخار کی شدت ایک اہم رہنما ہے۔ اگر تپش پہلے ہفتہ کے آخر پر بلند ہونے کے باوجود، بعدازاں ۱۰۳° سے اوپر کبھی نہ ہو، تو یہ کہنا چاہیئے کہ اصابت موافق ہے۔ اگر تپش دوسرے ہفتہ میں شروع سے لیکر آخر تک ۱۰۴° یا اس سے بلند تر رہے، تو یہ چیز بہت زیادہ خطرناک ہے۔ بعض اصابتیں بارھویں، گیارھویں اور دسویں دن، 80
بلکہ اس سے بھی پیشتر، تیزی سے مرنے کے قریب ہو جاتی ہیں بلکہ مر جاتی ہیں۔ انثقاب تقریباً یقینی طور پر مہلک ثابت ہوتا ہے۔ یہ دوسری بات ہے کہ جراحی کے طریقوں سے اس کا جھٹ پٹ علاج کر دیا جائے۔ نزف اس سے کم خطرناک ہے۔ تاہم یہ اموات کے تقریباً $\frac{1}{5}$ کے لئے ذمہ دار

ہوسکتا ہے۔ آزادانہ نزف والی اصابتوں میں شرح اموات، اوسط سے بہت زیادہ ہوتی ہے۔ ایک شدید نزف اگر بالفرض مہلک نہ بھی ہو، تو بھی اس سے مریض نہایت ہی عدیم الدم ہوجاتا ہے، اور نقیہیت بے حد طویل ہوجاتی ہے۔ بے حد شکمی تمدد، کثرت سے اسہال، سلس البول اور سلس البراز، شدید عمومی التہاب شعبتی اور ایک کمزور اور بے قاعدہ قلب، یہ سب چیزیں ناموافق ہیں۔

تحریز۔ چونکہ تپ محرقہ، بیشتر برازی اخراجات اور بول کے ذریعہ ہی پھیلتی ہے، ان چیزوں کو جس طرح کہ تمہید میں بیان کیا گیا ہے بے سرایت کردینا چاہئے۔ گندے بستر کے کپڑوں، معمولی کپڑوں اور تولیوں کو بھی بے سرایت کردینا چاہئے۔ مریض کے کھانوں کے لئے خاص طور پر نشان لگے ہوئے چینی کے برتن الگ رکھنے چاہئیں۔ ۲ فیصدی لائسال کا ایک پیالہ مریض کے بستر کے پاس رکھ چھوڑنا چاہئے تاکہ طبیب اور نرسیں جو مریض کی تیمارداری کریں اس کے بعد اپنے ہاتھوں کو عقیم کرلیا کریں۔

تحریزی تطعیم۔ یہ سچ ہے کہ سرایت میں تکشف کے خطرہ کو دور نہیں کیا جاسکتا۔ تاہم ایک ایسی جدرین کی تطعیم سے جس میں محرقی عصیات کی مریخی کاشتیں ہوں، فرد کی اثرپذیری کو گھٹانا ضرور ممکن ہے۔ یہ چیز فوج میں کئی سالوں سے ایک دستورالعلمی تدبیر کے طور پر کی جاتی رہی ہے۔ سب سے پہلے ایک جدرین جس میں ۵۰ کروڑ عصیات ہوتے ہیں مشرب کی جاتی ہے۔ اس کے دس دن بعد ایک ارب کا ایک دوسرا اشراب دیا جاتا ہے۔ اس سے کسی حد تک ایک مقامی اور عمومی رد عمل واقع ہوتا ہے لیکن جلد ہی رفع ہوجاتا ہے۔ یہ اندازہ لگایا گیا ہے کہ اس تدبیر سے مرض کا احتمال گھٹ کر ⅛ رہ جاتا ہے، اور جن لوگوں کو مرض ہوجاتا ہے ان میں شرح اموات نصف رہ جاتی ہے۔ مزید براں، اس سے زیادہ بڑی بڑی مقداریں، اور وہ بھی اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ، تطعیم کی گئی ہیں۔ ایک ارب کی تطعیم کو تقریباً ایک سال کے وقفہ کے بعد دوبارہ دینا چاہئے۔

محرقی حاملین کے علاج میں بہت سی مشکلات کا سامنا ہوتا ہے۔ معائی دافعات عفونت تو بیکار ہوتے ہیں۔ مرارہ کی مسیلیت کی گئی ہے، بلکہ استیصال کیا گیا ہے، اور بعض اصابتوں میں اس سے قابل لحاظ کامیابی ہوئی ہے۔ جدرین کا استعمال بھی آزمایا گیا ہے، اور عقیم شدہ محرقی عصیات کی کئی ملینوں کی معتادوں کو دو یا تین ہفتہ کے وقفوں سے دیا گیا ہے۔ مانا کہ اس سے کچھ مدت کے لئے بول اور براز سے عضویات غائب ہو گئے ہیں، لیکن مستقل شفایابی کے بارے میں کوئی یقین نہیں دلایا جا سکتا۔ محرقی حامل کے بارے میں جو مشکل ہے اس کو دور کرنے کا واحد موثر طریقہ یہی ہے کہ اس کو زیر مشاہدہ رکھا جائے اور اس کے ابرازات کا یقینی طور پر دفع سرایت کیا جائے، یہاں تک کہ یہ ثابت ہو جائے کہ اب وہ مستقل طور پر سرایت سے پاک ہے۔ اس بات کا خاص خیال رکھنا چاہئے کہ اس کا کوئی ایسا پیشہ نہ ہو کہ جس کی وجہ سے اس کو دوسروں کے کھانے کو ہاتھ لگانے یا تیار کرنے کا کام کرنا پڑے۔ خالص بولی اصابتوں میں یوروٹروپین (urotropine) جب تک کہ اسے لیتے رہیں، عصیات کی تعداد کو گھٹائے ہوئے رکھتی ہے۔

علاج ۔ ارتفاع تپش کا عام علاج، تپ محرقہ کی اصابت پر بھی اطلاق پذیر ہوتا ہے، اور پہلے جو بیان دیا گیا ہے اس کو دیکھنا چاہئے۔ متقرح آنت سے انثقاب اور نزف کے مخصوص خطرات کو کبھی نظرانداز نہیں کرنا چاہئے۔ غذا چنتے وقت اس بات کی خاص احتیاط کرنی چاہئے کہ ایسی غذا کی چیزیں نہ چنی جائیں کہ جن کے بعد ایک تلچھٹ باقی رہ جاتا ہے یا جن سے قرحات میں خراش ہو کر انثقاب پیدا ہو سکتا ہے۔ کچھ عرصہ ہوا جبکہ صرف دودھ کی اجازت دی جاتی تھی۔ اب ۲۰۰۰ حراروں کی ایک اختلاف پذیر غذا کی اجازت دی جاتی ہے، جس میں ڈبل روٹی کا پتلا ٹکڑا اور مکھن بلا پپڑی کے، نرم بھرتا بنائے ہوئے آلو، نباتی رس اور پھلوں کے رس شامل کئے جا سکتے ہیں (ملاحظہ ہو ارتفاع تپش)۔

جہاں تک دوائی علاج کا تعلق ہے، خفیف اصابتوں میں بہت کم

دواؤں کی ضرورت ہوتی ہے یا بالکل ہی ضرورت نہیں ہوتی - ہلکائے ہوئے معدنی ترشہ کی، یا طمی معرّق جیسے اسیٹیٹ آف ایمونیم کی چھوٹی سی خوراک مریض کے لئے تسکین دہ ثابت ہوسکتی ہے - جسم کو نیم گرم پانی سے بار بار اسفنج کیا جاسکتا ہے - مہیجات اکثر غیر ضروری ہوتے ہیں - اگر ان کی ضرورت ہی پیش آئے، تو ان کو ان اصولوں پر جو کہ بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو ارتفاع تپش) دیا جاسکتا ہے -

یہ خالصۃً استنظاری اصولِ علاج بہت سی اصابتوں، بالخصوص خفیف تر قسم کی اصابتوں میں کافی ہوتا ہے - جیسے جیسے مرض اپنے ممر پر چلتا ہے، مریض کی خبرگیری کی جاتی ہے - علاج کے وہ طریقے جن سے بخار کی ترقی کو براہِ راست متاثر کرنے اور اس کے حادثات کو روکنے کی کوشش کیجاتی ہے یہ ہیں -(۱) آبی علاج، جس سے تپ محرقہ میں شرحِ اموات کو کم کرنے میں اسقدر مدد ملی ہے (ملاحظہ ہو ارتفاع تپش کا علاج)(۲) دافعات عفونت اور (۳) ضد سمی مصل یا جدرین -

81 دافع عفونت علاج یہ ہے کہ اندرونی طور پر یا بطور حقنہ کے، ایسی ادویہ، جیسے کاربالک ایسڈ، سلفیورس ایسڈ، نفتھال (naphthol) ہائڈرو نفتھال (hydronaphthol)، نفتھلین (naphthalene)، بزمتھ سیلی سلیٹ (bismuth salicylate)، سیلال (salol)، روغنِ دارچینی اور کلورین استعمال کی جائیں - کہا جاتا ہے کہ ان سے اسہال اور تطبل گھٹ جاتا ہے، اور پاخانہ کم بدبودار ہوجاتا ہے - لیکن یہ آنت میں کے تغیرات پر یا ارتفاع تپش کی مدت پر کچھ بھی اثر نہیں رکھتیں، نہ ان سے نکس رکتا ہے - بالغوں کے لئے جو مقادیر استعمال کی گئی ہیں وہ یہ ہیں: بیٹا نفتھال، ۳ تا ۵ گرین لعاب میں معلق کرکے ہر چار گھنٹہ کے بعد - ہائڈرو نفتھال ۲ تا ۳ گرین ہر ۲ تا ۴ گھنٹہ کے بعد، سلفرس ایسڈ ۲۰ تا ۳۰ قطرے - سیلال، ۵ تا ۷ گرین اور روغن دارچینی ۳ تا ۵ قطرے ہر دو گھنٹہ کے بعد -

مصل کے ذریعہ تپ محرقہ کا علاج ابھی تک اپنے ابتدائی درجہ

میں ہے - یہ شناخت کیا گیا کہ محرقی عصیہ کا زہر، بیشتر ایک دروں سمم ہے اور یہ کہ اس سے بہت کم بروں سمم پیدا ہوتا ہے - اس سے یہ خیال پیدا ہوا کہ جراثیمی خلیہ کے رسوں کو گھوڑے میں مشرب کر دیا جائے تاکہ ایک ضد دروں سمی مصل پیدا ہو جائے - اس قسم کا مصل، تپ محرقہ کے علاج میں استعمال کیا جانے لگا ہے اور یہ امید پیدا ہو گئی ہے کہ اس سے مرض کے ممر پر اثر پڑیگا (میکفاڈن: Macfadyen، ہولٹ: Hewlett):-

غیر نوعی پروٹینی معالجہ، ٹی - اے - بی جدرین کی شکل اختیار کرتا ہے، یہ ۱۵۰ تا ۲۵۰ بلین عضویات کی مقدار میں دروں وریدی طور پر ہر روز، چار سے لیکر چھ دن تک دی جاتی ہے - اس کے بارے میں نہایت موافق رائے دی گئی ہے - اشراب کے بعد سخت لرزے آتے ہیں - اکثر بخار ایک بحران پر ختم ہو جاتا ہے - بعض اصابتوں میں تسمم الدم کی علامات میں نمایاں اصلاح ہو جاتی ہے یا وہ بالکل ہی جاتی رہتی ہیں - مفرط تپ سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اشراب ایسے وقت میں نہ دیا جائے جبکہ تپش حقیقت میں بلند ہو رہی ہو - شاذ طور پر اشراب کے بعد قلبی عروقی صدمہ اور نزف واقع ہو گیا ہے -

ممکن ہے پیچیدگیوں کی مخصوص علامات کا تدارک کرنا پڑے، مثلاً التہاب شعبتی کا منفثات کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں دے کر (نیز ملاحظہ ہو التہاب شعبتی) یا ہٹیلے درد سر کا ۵ تا ۱۰ اگرین فینیشین یا ۵ تا ۱۰ اگرین اسپرین دیکر - اگر چوبیس گھنٹہ میں چار مرتبہ سے زیادہ پاخانہ نہ آئے، تو پھر کسی علاج کی ضرورت نہیں ہے - لیکن اگر اسہال اس حد سے آگے بڑھ جائے تو بالعموم اس کو روکنے کی ضرورت ہوتی ہے - یہ چیز بہترین طور پر ایک نشاستہ کے حقنہ کے استعمال کے ذریعہ جس میں ۱۵ تا ۲۰ قطرے صبغیۂ افیون کے ملے ہوئے ہوں عمل میں لائی جاتی ہے - اندرونی طور پر بزمتھ کاربونیٹ یا سیلی سلیٹ، یا نباتی حابسات دئے جا سکتے ہیں - اگر کوئی کپڑا بول یا براز میں لتھڑ جائے تو اس کو جھٹ پٹ علٰحدہ کر دینا چاہئے - اس سے صرف اتنی ہی

غرض نہیں کہ مریض صاف رہے اور اس کو قروح الفراش کا کوئی خطرہ لاحق نہ ہو، بلکہ یہ بھی ہے کہ تیمارداروں کو سرایت پہنچنے کا کوئی امکان باقی نہ رہے اگر قبض ہو جائے، تو آنتوں کو دو یا تین دن تک جوں کا توں چھوڑ دیا جاتا ہے اور اس سے کوئی نقصان نہیں ہوتا۔ اس کے بعد جیسے جیسے ضرورت ہو وقتاً فوقتاً ایک حقنہ استعمال کرنا محفوظ ترین طریقہ ہے۔ جن اصابتوں میں طبلیت نمایاں ہو، ایک مکعب سنٹی میٹر خلاصہ تنجامیہ کا اشراب کرکے اس علامت کو تسکین دی جا سکتی ہے۔

آنتوں سے نزف کے لئے افیون کو اندرونی طور پر یا مارفیا کو زیر جلدی اشراب کے ذریعہ دینا غالباً بہترین طریقہ علاج ہے۔ ایسٹیٹ آف لیڈ، روغن تارپین (۱۰ قطرے)، ارگٹ، ایڈرینالین کلورائیڈ یہ چیزیں مختلف اوقات میں استعمال کی گئی ہیں۔ حال ہی میں کیلسیم کلورائیڈ کی ۱۰ گرین کی معتادیں ہر تین یا چار گھنٹہ کے بعد، یا کیلسیم کلورائیڈ (ایک گرین ۱۰۰ قطرے آب کشید میں) کے دروں عضلی اشرابات استعمال کئے گئے ہیں۔ تطبل کو اسطرح تسکین دی جا سکتی ہے کہ فلالین کے دو ٹکڑوں کے درمیان، برف کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے لگائے جائیں، یا تارپین کے حقنہ جات استعمال کئے جائیں۔

اگر انثقاب شناخت کر لیا جائے، تو شکم شگافی جھٹ پٹ کر دینی چاہیئے، شکم کو دھو کر صاف کر دینا چاہیئے، اور قرحہ کو بند کر دینا چاہیئے۔ بغیر عملیہ کے یہ حالت تقریباً ہمیشہ مہلک ہی ثابت ہوتی ہے۔ عملیہ کرنے پر صحت یابی کی شرح، ۲۰ فیصدی کے لگ بھگ ہوتی ہے۔ یہ ثابت کیا گیا ہے کہ انذار اس صورت میں بہت ہی بہتر ہوتا ہے جبکہ شکم شگافی، انثقاب واقع ہونے سے بارہ گھنٹے کے اندر انجام دیجائے۔

جب عصیہ بولیت اور التہاب مثانہ واقع ہوں تو ان کا علاج کرنیکے لئے، نیز دوسروں میں سرایت نہ ہونے دینے کے لئے، یوروٹروپین (۱۰ گرین دن میں تین مرتبہ) یا ہیلمٹال (helmitol) تپ کے دوران میں اور تقیہیت کے تین ہفتوں میں استعمال کرنے چاہئیں۔

نقیہت کے دوران میں مسہلات سے باحتیاط پرہیز کرنا چاہیئے' یا
ان کو صرف حقنہ کی صورت میں دینا چاہیئے۔ موافق اصابتوں میں بھی کہ جن
میں کوئی پیچیدگی یا عاقبہ نہیں ہوتا' جسمانی اور ذہنی قوت حیرت انگیز سستی
کے ساتھ واپس لوٹتی ہے۔ مریض کو اپنے آپ پر بار ڈالنے کی بہت جلد 82
اجازت نہ دینی چاہیئے۔ وہ شاذ ونادر ہی بیماری کے شروع سے تین ماہ
کے اندر کام کے قابل ہوتا ہے۔ زیادہ شدید شکلوں میں یا نکس یا پیچیدگیوں
کی صورت میں' اس زمانہ کو بڑھاکر ۵ یا ۶ مہینے کردیا جاتا ہے۔ نقیہت
کے دوران میں تین جداگانہ موقعوں پر براز کے نمونوں کا جرثومیاتی امتحان
کرنا چاہیئے' تاکہ محرقی حاملین شناخت ہوجائیں۔

محرقہ نما تپیں

Paratyphoid Fevers

وہ عضویات جو محرقہ نما تپ پیدا کرتے ہیں' تعداد میں دو ہیں۔ انکو عصیہ نما الف (Bacillus paratyphosus A) اور عصیہ نما ب (Bacillus paratyphosus B) کے نام سے متفرق کیا جاتا ہے۔ عصیہ محرقہ سے یہ ان باتوں میں اختلاف رکھتے ہیں' کاشتی خصائص جیسے مختلف شکروں پر ان کا تخمیری اثر' دودھ پر ان کا اثر' اور ان کے الزاقی تعاملات۔

ان دونوں عصیات کی کسیقدر مختلف جغرافیائی توزیع رہی ہے۔
عصیہ محرقہ نما الف' دنیا کے بہت سے حصوں میں پایا گیا ہے' جن میں جرمنی اور ہندوستان بھی شامل ہے' لیکن وہ انگلستان میں شاذ ونادر پایا گیا ہے۔ عصیہ محرقہ نما ب انگلستان میں زیادہ عام طور پر پایا گیا ہے' لیکن جرمنی اور امریکہ میں بھی ہوتا ہے۔ ان محرقی تپوں میں۔ جو کہ جنگ عظیم کے دوران میں درۂ دانیال اور مصر میں پھیلی ہوئی تھیں' دونوں شکلیں موجود تھیں۔ یہاں پر محرقہ نما کی اصابتیں' عصیہ محرقہ سے پیدا شدہ

اصابتوں سے تعداد میں بڑھ چڑھ کر تھیں۔

بحث اسباب۔ محرقہ نما تپوں کے پھیلنے میں سببیاتی عوامل بظاہر وہی ہیں جو کہ خود محرقہ کے لئے سازگار ہیں۔ یہ امراض خاص طور پر ان لوگوں کے براز سے جو کہ بیمار ہوں، اور حاملین کے مختلف گروہوں کے براز سے، نیز کپڑوں، بستر کے کپڑوں وغیرہ سے پھیلتے ہیں۔ پینے کا پانی، دودھ، مکھیاں، گرد و غبار، صدفی مچھلیاں اور دوسرے عوامل، مختلف اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہیں، اسی طرح جس طرح کہ محرقہ میں۔

علامات اور مرض۔ دونوں شکلوں کے علامات اور امراضیات بالکل ایک ہیں۔ ان کو ایک دوسرے سے صرف، الزاقی کاشفات کے ذریعہ یا عصیہ کو خون یا براز سے علیحدہ کر کے، متفرق کیا جا سکتا ہے۔ نیز یہ علامات اور امراضیات، خود محرقہ کی علامات اور امراضیات سے چنداں مختلف نہیں ہیں۔ مندرجہ ذیل حالتیں، وہ خاص حالتیں ہیں، جو کہ محرقہ کی نسبت، ان میں کم و بیش کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ چنانچہ کہا جاتا ہے کہ ناگہانی آغاز، محرقہ نما تپوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ گلابی دھبے زیادہ سرخ اور زیادہ افراط سے ہوتے ہیں۔ طحال زیادہ کثرت سے، یا زیادہ بڑی حد تک بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ بمقابلہ تپش کے، نبض غیر معمولی طور پر سست ہوتی ہے وہ نہایت سست، یعنی دقیقہ میں ۵۰ تک رہ جاتی ہے۔ درد شکم عام ہوتا ہے، اور اسی وجہ سے التہاب زائدہ کے ساتھ گڈمڈ ہونے کا امکان ہے۔ اگر بہت اسہال ہو تو پھر زحیر کے ساتھ گڈمڈ ہونے کا امکان ہے۔ تاہم تپ محرقہ کی علامات میں جو بڑے بڑے اختلافات ہو سکتے ہیں ان کو کبھی نہ بھولنا چاہیئے۔

ارتفاع تپش کی مدت نہایت کم یعنی ۱۰ دن ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ نہایت زیادہ یعنی اٹھارہ یا اکیس دن ہو۔ زیادہ لمبی مدت، بہ نسبت محرقہ نما ب کے، محرقہ نما الف میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔ تپش اکثر ۱۰۰° اور ۱۰۲° کے درمیان گھٹتی بڑھتی رہتی ہے۔ وہ شاذ و نادر ہی ۱۰۳° سے

اوپر ہوتی ہے۔
دھبے، تعداد میں اسیطرح اختلاف پذیر ہوتے ہیں کہ جس طرح محرقہ میں۔ زیادہ مختصر شکلوں میں ممکن ہے وہ ارتفاع تپش کے خاتمہ کے قریب تک ظاہر نہ ہوں۔

محرقہ نما تپوں میں پیچیدگیاں واقع ہوتی ہیں، اور یہ اسیطرح کی ہوتی ہیں جیسی کہ تپ محرقہ میں دیکھی جاتی ہیں۔ دوسرے الفاظ میں، معاء کے علاوہ دوسرے اعضاء کے التہابی اضرار پائے جاتے ہیں جو محرقہ نما عصیہ یا دوسری سرایتوں کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ فتور میں اتنی جلد واقع ہوتے ہیں کہ تاوقتیکہ لومی کاشفات استعمال نہ کئے جائیں اصل مرض سے توجہ ہٹ جاتی ہے۔ ڈاکٹر سی ایچ ملر (Dr. C. H. Miller) نے تپ محرقہ نما کی کئی شکلیں تسلیم کی ہیں، جو ان اعضا یا نظامات پر منحصر ہوتی ہیں کہ جن پر مختلف اصابتوں میں سب سے زیادہ شدت کے ساتھ یا سب سے پہلے حملہ ہوتا ہے۔ چنانچہ اس نے زحیری (dysenteric) صفراوی (biliary)، التہابی کلوی (nephritic) یا بولی، ریوی، رثیتی، انفلوئنزائی اور عفونت الدموی اقسام بیان کی ہیں۔ لہذا جب محرقہ نما کی وبائیں موجود ہوں تو یرقان، زحیری اسہال، حاد التہاب شعبتی، ذات الریہ یا التہاب گردہ کی صورت میں اس سرایت کے امکان کو ہمیشہ نظر کے سامنے رکھنا چاہئے۔

محرقہ نما اصابتوں میں شرح اموات کے بارے میں بالعموم یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ خفیف، یعنی ایک سے لیکر تین فیصدی ہوتی ہے۔ لیکن ان اصابتوں میں کہ جو سپاہیوں میں واقع ہوتی ہیں بعض اوقات یہ نہایت بلند یعنی ۵ یا ٦ فیصدی ہوتی ہے (ملر: Miller)۔

83 بعد الموت، بعض اصابتوں میں کوئی معائی ضرر نہیں پایا گیا۔ البتہ بعض میں پیئر کی چکتیوں یا لفائفی اعور اور قولون کی منفرد جرابوں کا تقرح پایا گیا ہے طحال کی، یا ماساریقی غدوں کی کلانی بھی پائی گئی ہے۔

تشخیص۔ محرقہ نما الف اور ب، اور سرایتِ محرقہ کے درمیان

تشخیص، یقینی طور پر صرف جرثومیاتی امتحان اور الزاقی تعاملات کے ذریعہ ہی کی جاسکتی ہے۔ خون، پیشاب، یا براز کی کاشت سے ایک مثبت انکشاف کرنے سے فی الفور تشخیص کا فیصلہ ہوجاتا ہے۔ اگر یہ نہ ہو سکے تو مریض کے مصل کا امتحان، مختلف عضویات کے خلاف الزاقی قوت کے لئے کرنے کی ضرورت ہے۔ اگر مریض نے عضویات کے معوی گروہ کے خلاف کبھی کوئی حفظ ماتقدمی تطعیم نہیں لی تو تشخیصی نتائج صرف ایک ہی موقعہ پر الزاقی تعاملات سے حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ اگر اُس کو کسی وقت محرقی عضویات یا محرقہ اور محرقہ نماؤں کی مخلوط جدرین سے تطعیم کیا گیا ہے تو پھر الزاقی تعاملات بے حد متاثر ہوجاتے ہیں۔ ایسی صورتوں میں یہ کاشفات صرف اسیوقت تشخیصی قدر و قیمت کے حامل ہوتے ہیں جبکہ ان کو کمّی کلاں بینی طریقہ سے انجام دیا جائے کہ جس کو ڈریئر (Dreyer) نے رائج کیا تھا۔ اس نے یہ ثابت کیا ہے کہ اس عضویہ کے خلاف جو کہ سرایت پیدا کر رہا ہے، مصل کی الزاقی قوت میں رفتہ رفتہ زیادتی ہوتی ہے اور پھر کمی ہوجاتی ہے۔ اس الزاقی منحنی کو ظاہر کرنے کے لئے، تقریباً چار چار دن کے وقفوں سے کم از کم تین کاشفات انجام دینے چاہئیں۔ مثال کے طور پر، ایک محرقہ نما الف کی اصابت میں مریض کو تینوں عضویات سے تطعیم یافتہ کیا جاتا ہے یہ پایا جاتا ہے کہ مصل تینوں عضویات کو ملتزق کردیتا ہے۔ تاہم محرقہ نما الف کے لئے الزاقی قوت پہلے زیادہ ہوجاتی ہے، اور پھر جب نقیہیت قائم ہوتی ہے تو وہ گرجاتی ہے۔

تحریز۔ معلوم مسبباتی عوامل، پینے کے پانی، لتھڑے ہوئے کپڑوں، مکھیوں، گرد و غبار وغیرہ سب کا لحاظ کرنے کی ضرورت ہے۔ جیسا کہ کسی مہم میں ہوتا ہے، اگر سرایت کا خطرہ تقریباً یقینی طور پر پیدا ہوجائے تو پھر دونوں قسم کے عصیات سے تیار کی ہوئی جدرینات کے ذریعہ تحریزی تطعیم استعمال کی جاسکتی ہے۔

علاج۔ یہ ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ تپ محرقہ میں درکار ہوتا ہے۔

تدرّن

TUBERCULOSIS

تدرن ایک ایسی سرایت ہے جو ایک نوعی خرد عضویہ کاخ (Koch) کے عصیبہ تدرن (Bacillus tuberculosis) کے باعث ہوتی ہے۔
اس کا ممیز خاصہ، ایک یا زیادہ اعضا میں بعض اجسام کا بن جانا ہے کہ جنھیں درنے (tubercles) کہتے ہیں۔

بحث اسباب - درنی عصیات چھوٹے چھوٹے ڈنڈے ہوتے ہیں۔ یہ سیدھے یا نہایت ہی خفیف طور پر خمدار، اور ۳ µ لمبے اور ۵ ء µ چوڑے ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو سل ریوی کی تشخیص)۔ بعض مشاہدات سے اس امکان کا پتہ چلتا ہے کہ درنی عصیات انشقاقی فطرات نہیں ہیں، جیسا کہ پہلے خیال کیا جاتا تھا، بلکہ وہ سبحی شعریوں (Streptothrix) کے گروہ سے تعلق رکھتے ہیں جو کہ جالدار فطرات (Hyphomycetæ) میں سے ہیں۔ عصیات قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہیں۔ انسانی، بقری، طیوری، دبیبی (reptilian) اور حوتی (piscine) قسمیں پائی جاتی ہیں، اور ان کی مختلف حیاتیاتی صفات ہوتی ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ کاشت کے خاص طریقوں کے ذریعہ ان اختلافات کو مٹایا جاسکتا ہے۔ انسانی اور بقری دونوں قسمیں انسان کے لئے مرض زا ہیں۔

تدرن، عملی طور پر ایک مقامی مرض ہے۔ انسانی قسم کا عصیہ، غالباً تمام بڑی بڑی جماعتوں میں وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے۔ یہ ماننے کے لئے معقول وجوہات ہیں کہ یہ اشخاص کی ایک بہت بڑی تعداد کو سرایت زدہ کرتا اور ان میں درنہ کی بالیدگی واقع کرتا ہے بغیر اس کے کہ اس کی موجودگی کا کبھی بھی پتہ چلے۔ بعدالموت مشاہدات سے ثابت ہوتا ہے کہ تدرن کے پرانے مندمل شدہ ماسکے بہت سے اشخاص میں موجود ہوتے ہیں۔ زندہ عصیات

تقریباً ۱۰ فیصدی لوگوں کے غدوں میں مخفی طور پر پائے گئے ہیں، اور ان میں امتحان لاش پر تدرن کی کلاں بینی یا خردبینی شہادت بالکل نہیں پائی گئی۔ جو حالات اس کے نمو میں مدد دیتے ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) عضویہ کی تشبیت (۲) یابندہ فرد کی اثرپذیری یا قوت مدافعت۔ (۳) داخلہ کا طریقہ۔

۱۔ پہلی سرخی کے تحت زیادہ کچھ نہیں کہا جاسکتا۔ البتہ اس میں شک نہیں کہ تشبیت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

۲۔ جہاں تک یابندہ کی حالت کا تعلق ہے، موروثی اثر ایک اہم چیز ہے۔ اعداد و شمار سے یہ نتیجہ نکالا گیا ہے کہ تدرن زدہ افراد کی اولاد مرض کے لئے ایک خاص موروثی استعداد رکھتی ہے (پیرسن :Pearson)۔ ساتھ ہی ساتھ یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ بچے ایسے ماحول میں پرورش پاتے ہیں کہ جس میں ان کو عصیات کی بہت بڑی خوراکیں پہنچتی رہتی ہیں جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائیگا۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ لمبوترا تنگ سینہ، جو کہ ناقص راسی حرکت ظاہر کرتا ہے، ممکن ہے سل ریوی کی استعداد پیدا کردے۔ اکثر اوقات یہ ایک خلقی خاصیت ہوتی ہے۔ جانوروں پر عملیات کرنے سے ثابت ہوا ہے کہ تدرن زدہ منوی کیسکوں یا خصیوں کی منی سے، بعض مثالوں میں ایک تدرن زدہ جنین پیدا ہوتا ہے۔ مشیمی تدرن سے بھی یہی کچھ واقع ہوسکتا ہے۔ لیکن یہ عوامل، مابعد زندگی میں تدرن کے سبب کی حیثیت سے کچھ بھی اہمیت نہیں رکھتے۔ 84

جو حالات کہ مرض کے اکتساب اور ترقی کے لئے موافق ہیں وہ وہ ہیں جو کہ جسم کو کثیر المقدار سرایتوں میں کھلا رکھتے ہیں یا اس کی حیویت کو شدت سے گھٹا دیتے ہیں۔ ممکن ہے یہ غذا اور ہوا کی قلیل رسد ہوں، یا طویل، ضعف آور بیماریاں ہوں، یا مخصوص سمی اثرات ہوں۔ ان میں سب سے زیادہ کثرت سے پائے جانے والے حالات یہ ہیں۔ (ا) گنجانی اور ناکافی ترویح، بند کمروں میں دخانات، گیس وغیرہ کے اندر کام کرنا، (ب) غذا کی رسد کی قلت۔ (ج) خستگی پیدا کرنے والا کام۔ (د) مرطوبیت اور سرد ہواؤں

میں کھلا رہنا۔ بوکنین (Buchanan) نے یہ ثابت کر دکھایا کہ ان جماعتوں کے اندر جو کہ مرطوب اور ادھورے طور پر مسیلیت یافتہ زمینوں پر رہتی سہتی ہیں سل ریوی اور پھیپھڑوں کی بیماریوں سے اموات کا ایک غیر معمولی تناسب پایا جاتا ہے۔(۲) الکحلی مشروبات کا کثرت سے استعمال کرنا۔(س) ذیابیطس شکری۔

جہاں تک پھیپھڑوں کا تعلق ہے۔(ا) ممکن ہے التہابی اضرار، درنہ کی بالیدگی کے لئے زمین تیار کریں۔ یہ چیز خاص طور پر، ذات الریہ اور کھسرا اور کالی کھانسی کے شعبتی ذات الریہ کے بعد پھیپھڑوں کے تدرن کے امکان سے ثابت ہوتی ہے۔(ب) گرد و غبار کے ذرات کے سونگھنے سے مزمن خراش واقع ہوتی ہے (تترب الریہ :pneumoconiosis)، اور یہ چیز بھی اسیطرح فعل کرتی ہے۔اس کا تذکرہ بعد میں کیا جائیگا۔(ج) دموی رسد کی کمی، جیسی کہ خلقی مرض قلب میں پائی جاتی ہے، یہ بھی سل ریوی کی استعداد پیدا کرنے والا عامل ہے۔اس کے خلاف یہ چیز قابل لحاظ ہے کہ مطرانی تنگی (mitral stenosis) میں، جس میں پھیپھڑا مزمن طور پر ممتلی ہوتا ہے، سل ریوی نہایت ہی شاذ ہے۔

فرد کی عمر ایک اہم عامل ہے۔زندگی کے پہلے سالوں میں، جب کہ سرایت پھیپھڑوں کے ذریعہ داخل ہوتی ہے، اور کمتر اوقات امعاء کے ذریعہ، شرح اموات زیادہ ہوتی ہے۔یہ شرح اموات دوسرے سال اور بعد کے سالوں میں تیزی سے کم ہو جاتی ہے۔یہ پانچویں سے بارھویں سال تک اقل پر رہتی ہے۔یہ پھر ایک مرتبہ بڑھ جاتی ہے، اور ابتدائی بالغ زندگی میں ایک دوسرا اعظم پایا جاتا ہے۔دوسرا ارتفاع، راسی سل ریوی کے باعث ہوتا ہے۔یہ اسوقت جبکہ بچپن کی اصلی سرایت نابود ہو چکی ہوتی ہے، ایک باز سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے (56)۔

۳۔ بدنی عصیات، نظام میں ان ان راستوں سے داخل ہو سکتے ہیں، جلد کی سطح کے ٹوٹ جانے سے، تناسلی بولی خطہ کی راہ سے،

تنفسی گذرگاہوں کی راہوں سے، اور غذائی قنال کی راہ سے۔
پہلے دو طریقے شاذ ہیں اور ان کی عملی اہمیت کچھ بھی نہیں۔ لیکن پچھلے زمانہ میں ایسا ہوا ہے کہ بعض اوقات بعدالموت امتحان کرتے والے اشخاص کے ہاتھ سرایت زدہ ہوگئے ہیں۔ اور ان کو بعدالموتی ثولول (نحشی بروقہ :verruca necrogenica) ہوگیا ہے۔ ایسے ثولول کے اندر درنی عصیات پائے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی قصابوں کو بھی اسی قسم کے اضرار ہوجاتے ہیں۔ یہ نہایت ہی آہستہ سے ترقی پذیر ہوتے ہیں، اور تدرنہ شاذ و نادر ہی دوسرے اعضا تک پھیلتا ہے۔
اسی چیز کے بارے میں بڑی مدت سے بحث چلی آتی ہے کہ تنفسی اور غذائی خطوں کی راہ سے سرایت زدگی کا اضافی تواتر کیا ہے۔ اول الذکر خطہ کی راہ سے سرایت زدگی کو آج کل خاص طور پر اہم قرار دیا جاتا ہے۔ اس سوال کا جواب اسطرح بھی دیا جاسکتا ہے کہ پہلے ہم غور کریں کہ بقری اور انسانی درنوں میں سے کونسا سب سے زیادہ عام ہے۔ (۱) بقری درنہ، تدرن زدہ گایوں کے دودھ میں اور تدرن زدہ گوشت کے اندر موجود ہوتا ہے۔ آخرالذکر، سرایت کا اہم منبع نہیں ہے۔ اول تو یہ ہے کہ گوشت کی فروخت پر سخت پابندیاں ہیں، دوسرے اس ملک میں کبھی بھی گوشت کو کچا نہیں کھایا جاتا۔ بقری درنہ کی سرایت، لازماً، غذائی قنال کی راہ سے واقع ہوتی ہے۔ (۲) کارنیٹ (Cornet) کی تحقیقات سے، انسانی درنہ کے انتشار میں خاص عامل دریافت ہوگیا ہے۔ یہ عامل وہ ہوا نہیں ہے کہ جس کو سل ریوی کا مریض سانس میں باہر نکالتا ہے، بلکہ بساق ہے، جو کہ نوعی خرد عضویات سے بھرپور ہوتا ہے اگر اس بساق کو بار بار کسی کمرے کے فرش پر تھوکا جائے اور خشک ہونے دیا جائے، یا اگر رومالوں پر اس کی بڑی بڑی مقداریں سوکھ جائیں تو ایسی صورت میں آخرکار کمرے کی ہوا اس سے اسقدر بھرجاتی ہے کہ تندرست لوگوں کو جو اس کو سانس میں لیتے ہیں اس سے خطرہ پیدا ہوجاتا ہے۔ کارنیٹ نے ایسے کمروں کے فرش اور دیواروں سے کہ جن میں سل ریوی کے مریض

85 رہ چکے تھے، عصیات حاصل کئے جن کی تطعیم سے اس نے تندرست حیوانات میں تدرنی مرض پیدا کرا دیا۔ اس سے اس ناقص ترویج کے ہلاکت خیز اثر کی توجیہہ ہوتی ہے جو کہ کارخانوں، ورکشاپوں، بارکوں اور اسی قسم کے دوسرے اداروں میں پائی جاتی ہے۔ چنانچہ انسانی درنہ آسانی سے سانس میں لیا جا سکتا ہے۔ لیکن اس سے یہ لازمی طور پر نتیجہ نہیں نکلتا کہ سرایت پھیپھڑوں ہی کی راہ سے واقع ہوگی۔ اس کی وجہ یہ بتائی جاتی ہے کہ بعض اوقات عصیات اور گرد و غبار کے دوسرے ذرات، شعبتوں کے مخاط میں الجھ جاتے ہیں اور پھر ہدبی فعل یا کھانسی کے ذریعہ اوپر آجاتے ہیں۔ جب وہ منہ میں پہنچتے ہیں تو آخرکار نگلے جاتے ہیں، اور اس طرح غذائی خطہ کی راہ سے سرایت واقع کرتے ہیں۔ تاہم تجربہ سے یہ ثابت ہوگیا ہے کہ گرد و غبار کے ذرات اور جراثیم، استنشاق کے ذریعہ، پھیپھڑوں کے سب سے اندرونی گوشوں تک نفوذ کر سکتے ہیں، علاوہ ازیں یہ کہ گنی پگ اور مویشی، استنشاقی تجربات میں اس سے زیادہ آسانی سے سرایت زدہ ہو سکتے ہیں کہ جتنے عصیات کی مساوی مقداروں کو کھانے کی صورت میں۔ اسیطرح ایک صنعتی مرض ہے جسے صوانیت (silicosis) کہتے ہیں اور جو درنہ کے لئے قوی استعداد پیدا کرتا ہے اس میں بھی ذرات بدیہی طور پر سانس میں ہی لئے جاتے ہیں۔ اس کی دلیل یہ ہے کہ ممکن ہے پھیپھڑے اور شعبتی غدے بالکل ٹھوس ہو جائیں، حالانکہ ماساریقی غدے ابھی مشکل سے متاثر ہوئے ہوں۔

مرض کی مختلف قسموں میں اور مختلف عمروں میں بقری اور انسانی درنہ کے تواتر پر احتیاط سے کئی ایک مشاہدات کئے گئے ہیں۔ بقری قسم کا امتیازی خاصہ یہ ہے کہ خرگوشوں میں اشراب کرنے پر اس میں زیادہ قسشبیت پائی جاتی ہے۔ بقری درنہ سل ریوی کی اصابتوں کی ۱۰ فیصدی سے کم کی توجیہہ کرتا ہے۔ اس کے خلاف عنقی اور بغلی غدوں کو متاثر کرنے والے تدرن میں دس سال سے نیچے کے بچوں میں ۴۰ فیصدی اصابتیں بقری درنہ کے باعث ہوتی ہیں، اور دس سے اوپر کے بچوں میں تقریباً ۳۰ فیصدی ایسی ہوتی ہیں

اسی طرح ہڈیوں اور جوڑوں کے درنہ میں، بقری اصابتوں کی تعداد فیصدی پانچ سال سے نیچے ۲۸ فیصدی، پانچ اور دس کے درمیان ۲۵ فیصدی، اور ۱۰ اور ۱۶ کے درمیان صرف ۹ فیصدی ہوتی ہے (گرفتھ : Griffith) انگلستان میں بقری سرایت، بولی تناسلی تدرن کی اوسطاً ۱۸ فیصدی کے لئے ذمہ دار ہے (34) ایڈن برا میں فریزر (Fraser) نے جراحتی تدرن میں بقری درنہ کی اس سے بہت زیادہ تعداد فیصدی پائی، یعنی ۲ء۶۱ - اغلب یہ ہے کہ مختلف مقامات میں اختلافات پائے جاتے ہیں - بچوں میں تدرنی التہاب سحایا نہایت عام طور پر مبنی شعبتی غدوں کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہوجاتا ہے - یہ پایا گیا ہے کہ اس قسم کی ۹۰ فیصدی سے زیادہ اصابتیں پھیپھڑوں میں کسی جگہ ایک اولی تدرنی ماسکہ کا نتیجہ ہوتی ہیں (گھون ، کینٹی : Ghon, Canti) - یہ چیز ظاہر کرتی ہے کہ تدرنی التہاب سحایا اکثر مثالوں میں انسانی درنہ کا نتیجہ ہوتا ہے، اور واقعہ میں ایسا ہی پایا بھی گیا ہے (پارک اور کرم وائڈ : Park & Krumwiede)۔ اس سلسلہ میں ہمیں بچوں میں صدری تدرن پر ایسٹ وڈ (Eastwood) ، ایف گرفتھ (F. Griffith) ، اور اے۔ایس گرفتھ (A. S. Griffith) کی کچھ مزید تحقیقات کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے - ان مصنفین نے یہ دیکھا کہ ان چھیاسٹھ اصابتوں میں سے کہ جن میں تشریحی شہادت ، استنشاق کے ذریعہ سرایت زدگی کی زبردست تائید کرتی تھی، ۶۵ انسانی درنہ کے باعث تھیں، اور صرف ایک ایسی تھی جو بقری درنہ کے باعث تھی - تاہم انگلستان کے شمال میں اور اسکاٹلینڈ میں ریوی تدرن کی تقریباً ۴ فیصدی اصابتیں بقری ہوتی ہیں، اور انگلستان کے جنوب میں ۱ء فیصدی اصابتیں بھی ایسی ہی ہوتی ہیں (35) - ان تیئس اصابتوں میں سے کہ جن میں تشریحی شہادت، غذائی قنال کے ذریعہ سرایت زدگی واقع ہونے کی تائید میں تھی ، اٹھارہ اصابتیں بقری درنہ کے باعث تھیں، اور پانچ ، انسانی درنہ کے باعث - اِن اعداد سے جو نتیجہ نکلتا ہے وہ ظاہر ہے - وہ یہ ہے کہ بالغوں میں تدرن خاص طور پر انسانی قسم کا ہوتا ہے - تاہم نوعمر بچوں میں ایک خاصی بڑی تعداد

بقری درنہ کے باعث ہوتی ہے ۔ اگر تشریحی حالات غذائی قنال کے ذریعہ سرایت زدگی کی طرف اشارہ کریں تو بالعموم ضرور یہی صورت حالات پائی جاتی ہے ۔ مزید برآں بچوں میں عنقی غدوں اور شکم کے تدرن کا نسبتہً موافق عمر ایک ایسی چیز ہے جس سے ہم یہ نتیجہ نکال سکتے ہیں کہ انسان میں بقری درنہ اس سے خفیف تر مرض پیدا کرتا ہے کہ جتنا انسانی درنہ ۔

کسی انسانی منبع سے سرایت واقع ہونے کی اہمیت کو وارڈ (Ward) نے ایک اور طریقہ سے ظاہر کیا ہے ۔ یہ شخص جنوبی ڈیون (South Devon) میں دیہی اور نیم دیہی ضلعوں میں تحقیقات کیا کرتا تھا ۔ تمام عمروں میں تدرنی اصابتوں کی تمام قسموں کے دو سلسلوں میں ۶۰ فیصدی اصابتیں ایسی تھیں جو دوسری تدرنی اصابتوں سے مل جل کر رہ چکی تھیں ۔ اس کے خلاف عیاری غیر تدرن زدہ اشخاص کے ایک سلسلہ میں صرف ۱۲ فیصدی ایسے تھے جو تدرنی اصابتوں سے مل جلکر رہے ہوں ۔ زواجی تدرن کے وقوع سے بھی اسی چیز کا ثبوت ملتا تھا ۔ ان ۶۰ فیصدی اصابتوں میں کہ جن میں خاوند یا بیوی تدرن زدہ تھی، دوسرے شریک زندگی کو بھی تدرن تھا ۔ اسی قسم کے نتائج بچوں کے مطالعہ سے بھی حاصل ہوئے ہیں ۔ یہ بچے ایسے مریضوں کے ساتھ ان کہ جو کھلے تدرن میں مبتلا تھے، یعنی ایسے مریضوں کے ساتھ جو ہر وقت پھیپھڑو سے عصیات خارج کرتے رہتے تھے رہا کرتے تھے ۔ یہ بتایا گیا ہے کہ بچوں کے لئے جو خطرہ ہے وہ عام طور پر ان کے والدین سے کلّی سرایت ہونے میں نہیں ہے ۔ آخرالذکر کو تو یہ سکھا دیا جاتا ہے کہ وہ اپنے بساق کو اکٹھا کر کے جلا دیا کریں البتہ ایسا خطرہ کسی دادا یا دادی کے بے پہچانے ہوئے کھلے تدرن میں ہے، کہ جن کی موسم سرما کی کھانسی کی نوعیت کبھی پہچانی نہ گئی ہو ۔

86

مرضی تشریح ۔ ایک ابتدائی التہابی ماسکہ، جو عصیلہ تدرن سے پیدا ہوتا ہے اتنا چھوٹا ہوتا ہے کہ خالی آنکھ اس کو دیکھ نہیں سکتی ۔ اسکی حسب ذیل ساخت ہوتی ہے ۔ باہر کی طرف لمف آسا خلیات، انکے اندر

سرطمہ آسا خلیات، اور مرکز میں ایک عفریتی خلیہ - اس عفریتی خلیہ کے اندر کئی نواۃ ہوتے ہیں، جو سرطمہ آسا خلیہ کے بڑھنے اور خلیہ کے اندر نواتوں کے تقسیم ہونے سے بنتے ہیں (36)- یہ سب خلیات ایک نازک، نخز مائی جال کے ذریعہ آپس میں جڑے ہوتے ہیں - ممیز عصیات، عفریتی خلیہ کے جسم میں یا سرطمہ آسا خلیات کے درمیان پڑے ہوئے پائے جاتے ہیں - بعض اوقات عفریتی خلیات ناپید ہوتے ہیں، اور بعض اوقات سرطمہ آسا خلیات بھی۔ ایسی صورت میں درنہ صرف لمف آسا خلیات پر مشتمل ہوتا ہے - جوں جوں تدرنی ماسکہ بڑا ہوتا جاتا ہے، خلیات میں ترویبی تنخر کا ایک عمل واقع ہوتا ہے - اس کی وجہ ناقص عروقی رسد ہے، کیونکہ کوئی رگ ماسکہ کے اندر نہیں گھستی - ایک اور وجہ، کوئی کیمیاوی مادہ ہے جس کا عصیات افراز کرتے ہیں -

ایسا درنہ اپنے ابتدائی ترین درجہ میں دخنی درنہ (miliary tubercle) کہلاتا ہے - یہ ایک نیم شفاف، موتی جیسی، خاکستری گرہک ہے جو باجرے کے دانے کے برابر ہوتی ہے - یہ تنخری مادہ کی ایک مرکزی کیل پر مشتمل ہوتی ہے جس کے گرد ابتدائی ماسکے پائے جاتے ہیں - جوں جوں یہ بڑی ہوتی ہے، اس کا مرکز غیر شفاف زرد اور پنیر نما ہوتا جاتا ہے - اپنے محیط پر یہ اس عضو کے کہ جس میں یہ واقع ہے زیادہ زیادہ حصہ پر حملہ کرتی ہے - نیا درنہ بھی اسی طرح اپنی باری پر پنیر نما ہوجاتا ہے - اس حالت میں اس کو جبنی درنہ (caseous tubercle) کا نام دیا جاتا ہے - خردبین کے نیچے جبنی مادے میں سکڑے ہوئے خلیات، شحمی ذرات اور چورا نظر آتا ہے - ٹھوس اعضا میں، بڑے بڑے کروی جبنی تودے بن جاتے ہیں - یہ چیز دماغ اور طحال میں دیکھی جاسکتی ہے - اگر مرض کسی سطح پر حملہ کر بیٹھے، تو پھر عروقی تدرنی اریکی بافت پیدا ہوجاتی ہے - یہ معمولی اریکی بافت سے مشابہ ہوتی ہے، لیکن اس کے اندر بڑے بڑے یک نواتی سرطمہ آسا اور عفریتی خلیات پائے جاتے ہیں، اور بعض اوقات خوب نمو یافتہ تدرنی ماسکے بھی - تقرح آسانی سے واقع ہوجاتا ہے - یہ چیز معاء میں تمثیلی طور پر دیکھی جاسکتی ہے -

بعض جبنی تودوں میں آخر کار تکلیس (calcification) واقع ہوجاتی ہے۔ یہ بیشتر کیلسیم فاسفیٹ بن جانے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ درنی عصیات تباہ ہوجاتے ہیں، اور ضرر اب سرایتی نہیں رہتا۔ ایک اور طریقہ جس سے درنہ ختم ہوجاتا ہے لیف آسا تغیر (fibroid change) ہے۔ گرد و پیش کی بافت میں مزمن التہاب اور تصلب پیدا ہوجاتا ہے، اور خود درنہ سکڑ کر ایک لیفی گرہک بنجاتا ہے۔ یہ چیز پلیورا اور باریطون کی سطح پر زیادہ عام ہے تاہم یہ پھیپھڑوں میں بھی واقع ہوتی ہے۔

امراضیات۔ جب جسم میں درنی عصیہ ابتداءً داخل ہوجاتا ہے تو اس کے بعد مریض کی ایک اولی تدرنی حالت ہوجاتی ہے۔ یہ ایک مرحلہ آسا قسم کے بافتی تعامل کی وجہ سے ممیز ہے کہ جس کے ہمراہ کوئی حساسیت (مثلاً ٹیوبرکلین کے لئے بیش حساسیت) نہیں پائی جاتی۔ یہ مدت ۲ سے لیکر ۱۰ ہفتہ تک ہوتی ہے، اور بالعموم اوسطاً تقریباً چھ ہفتہ ہوتی ہے۔ پھر یا تو ایسا ہوتا ہے کہ مریض پورے طور پر صحت یاب ہوجاتا ہے، اور ٹیوبرکلین کے لئے بیش حساسیت پیدا ہوئے بغیر تیز تکلیس کے ذریعہ اندمال واقع ہوجاتا ہے۔ یا یہ ہوتا ہے کہ مریض ثانوی حالت میں پہنچ جاتا ہے، جو کہ بلند درجہ کی حساسیت کے تیزی سے پیدا ہوجانے کی وجہ سے ممیز ہے۔ اس میں دروں اَدمی ٹیوبرکلین کا شفنہ، $\frac{1}{10}$ سے لیکر $\frac{1}{100000}$ ٹیوبرکلین کے ۱ مکعب سنٹی میٹر کے لئے ایک مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے۔ یہ عاجل ثانوی حساسیتی حالت ممکن ہے مادوں کے بازانجذاب کے باعث مندمل ہوجائے۔ یا پھر ممکن ہے کہ یہ ترقی کرے، اور لمفی غدی باڑوں کو توڑتی ہوئی لمفی عروق کے ساتھ ساتھ پھیل جائے یا خون کے دھارا کے ذریعہ پھیل جائے۔ اس سے سروحات (metastases) یا عمومی تدرن (دخنی تدرن miliary tuberculosis: اور جبنی شعبتی ذات الریہ caseous broncho-pneumonia:) پیدا ہوجاتا ہے۔ اس تعمیم پائی ہوئی حالت کو دیر رس ثانوی حالت کہتے ہیں۔ جب اولی یا ثانوی حالتوں سے صحت یابی ہوتی ہے تو ایک حد تک

مناعت پیدا ہوجاتی ہے۔ اب اگر باز سرایت واقع ہو تو وہ حالت پیدا ہوتی ہے جسے "تیسری حالت" کہتے ہیں۔ یہ پہلی دو حالتوں سے اہم باتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ بلند درجہ کی بافتی مناعت کی وجہ سے یہ ہوتا ہے کہ ریوی بافت میں سرایت محدود المقام ہوجاتی ہے۔ اگر غدے ماؤف ہوجائیں (اور اس چیز کا زیادہ امکان نہیں ہے) تو سرایت مزمن ہوتی ہے۔ یہ حاد نہیں ہوتی جس طرح کہ اولی حالت میں ہوتی ہے۔ اسی طرح کیفیت بلند درجہ کی بافتی مدافعت کی ایک مزید شہادت ہے۔ یہ "تیسری حالت" دراصل بالغی "سل ریوی" ہے۔

تدرن بچپن میں 87

Tuberculosis in Childhood

تدرن کی اولی اور ثانوی حالتوں کی امراضیات جو اوپر بیان کی گئی ہے بچپن سے ایک خاص تعلق رکھتی ہے۔ تاہم اس کا اطلاق ویسی نسل کے ان بالغوں پر بھی ہوتا ہے، جو کہ تدرن کے عادی نہیں ہوتے، اور یہ اسوقت ہوتا ہے جبکہ وہ متمدن لوگوں کے درمیان آتے ہیں۔ شمالی آفریقہ کے لوگوں میں جبکہ ان کو جنگ کے دوران میں یورپ میں متعین کیا گیا یہی صورت حالات پائی گئی۔

معدی تغسیل (Stomach Lavage)۔ اس سے اس موضوع پر ایک نئی روشنی پڑی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ بچے ہمیشہ اپنے بساق کو نگل جاتے ہیں۔ ٹیکنیک حسب ذیل ہے۔ (۱) ۲ گرین پوٹاسیم آیوڈائیڈ، تغسیل سے پہلے، دو دن تک دن میں تین مرتبہ دیا جاتا ہے۔ (۲) بچہ کو صبح سویرے اٹھتے ہی ۲۰ دقیقہ تک کھانسنے کی ترغیب دی جاتی ہے۔ (۳) پھر اس کو جوشش دئے ہوئے پانی کے ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر پینے کو دئے جاتے ہیں۔ (۴) ۱۵ دقیقہ بعد ایک معدی نلی داخل کی جاتی ہے،

اور معدہ سے جتنا بھی سیال ممکن ہو نکال لیا جاتا ہے۔ (۵) اس سیال کا امخاض کیا جاتا ہے، اور جماؤ پر ۱/۱۰ اینٹی فارمین (antiformin) کا عمل کرایا جاتا ہے (۴ مکعب سینٹی میٹر ہلکائی ہوئی اینٹی فارمین ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر تغسیل کے سیال میں ملائی جاتی ہے)۔ یا اس کے بدل کے طور پر، ۱۰ فیصدی پوٹاسیم ہائیڈروکسائیڈ محلول، معدی تغسیل کے سیال میں ملادیا جاتا ہے جس سے ایک فیصدی کا آخری محلول بنجائے۔ اس کو ایک گھنٹہ تک عمل کرنے دیا جاتا ہے اور پھر سارے کا امخاض کیا جاتا ہے۔ اس طریقہ میں یہ فائدہ ہے کہ یہ یقینی ہو جاتا ہے کہ درنی عصیات تباہ نہ ہوں۔ لیکن اس میں نقصان یہ ہے کہ جماؤ اتنا دبیز رہ جاتا ہے کہ اس کا براہ راست امتحان نہیں کیا جاسکتا (۶) پھر اس کو ایک گنی پگ کے شکمی خطہ کی جلد کے نیچے مشرب کردیا جاتا ہے۔ (۷) گنی پگ پر چھ ہفتہ تک نگاہ رکھی جاتی ہے۔ اس کے بعد اس کو ہلاک کرکے تدرن کے لئے اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ یہ امتحان، مرض زدہ غدوں کی راست آلود کے ذریعہ اور کاشت کے ذریعہ دونوں طرح سے کیا جاتا ہے (37)۔

اس طریقہ سے یہ پایا گیا ہے کہ اولی اور عاجل ثانوی حالتوں میں متعدد بچوں میں بساق میں درنی عصیات پائے جاتے ہیں، دوسرے الفاظ میں ان میں "کھلا" تدرن موجود ہوتا ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ تمام مریض، اس مرض میں کسی نہ کسی وقت پر، کھلے تدرن کے زمانہ سے گزرتے ہیں۔ دیررس ثانوی حالت میں اور عمومی تدرن میں، درنی عصیات اصابتوں کی اکثریت میں پائے جاتے ہیں۔

علامات اور تشخیص۔ عام طور پر کھلے تدرن کی کسی اصابت سے تماس کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔ اولی حالت میں لاشعاعوں سے پھیپھڑے میں ایک اولی ضرر نظر آتا ہے۔ "عاجل" ثانوی حالت کے ساتھ بسا اوقات وزن کا گھٹ جانا، بخار، خشک کھانسی، شحوب اور غذائی خطہ کے

اختلالات پائے جاتے ہیں۔ سینہ کی شعاع نگاری سے ممکن ہے نافچہ کے غدوں کی کلانی، اور بعض اوقات "ماسکی" ریوی تعاملات دکھائی دیں۔ ساتھ ہی ساتھ بعض ہتدرن نما حالتیں، جیسے احمرارگرہ دار (erythema nodosum)، نفیطی التہاب ملتحمہ (phlyctenular conjunctivitis)، ذات الجنب، اور پھیپھڑے کی سلیم دررنختگی (برتدرن: epituberculosis)، ظاہر ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ آخرالذکر چیز، شعاع نگاشت میں ایک یکساں، کثیف بڑے رقبہ کے طور پر نظر آتی ہے، جس کا بعد میں چلکر ذکر آئیگا۔ اسکو لختی ذات الریہ سے اسطرح متفرق کیا جاتا ہے کہ آخرالذکر ایک ممیز شکل رکھتا ہے، اور ایک ہفتہ یا زیادہ میں غائب ہوجاتا ہے۔ عمومی تدرن کے دیررس ثانوی درجہ میں جو مزید ترقی ہوتی ہے اس کا ذکر اگلے باب میں کیا جائیگا۔

اگر اندمال واقع ہوجائے تو علامات غائب ہوجاتی ہیں۔ واحد شہادت جو باقی رہ جاتی ہے شعاع نگاشت میں نافچہ کے سائے، اور اسکے ساتھ بڑھے ہوئے اور جزوی طور پر تکلیس یافتہ شعبتی غدے ہوتے ہیں۔ اس مجموعہ کو نافچی سل ریوی (hilum phthisis) کہتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ غدے گردوپیش کے حصوں پر دباؤ ڈالنے لگتے ہیں، اور اسطرح دروں صدری سلعہ کی نقل کرتے ہیں۔ یا ممکن ہے وہ متقیح ہوجائیں، اور ایک شعبت میں خارج ہوجائیں۔ ایسی صورت میں ان سے اختناق یا شعبتی ذات الریہ کا خطرہ پیدا ہوجاتا ہے۔

مناسب علاج کرنے پر انذار موافق ہوتا ہے، خواہ درنی عصیات ہی کیوں نہ پائے گئے ہوں۔

علاج۔ یہ ان ہی اصولوں پر کرنا چاہیئے کہ جن پر عمومی تدرن کا کیا جاتا ہے۔ جب تک کہ تپش بلند رہے بستر پر آرام کرنا، اچھی غذا، تازہ ہوا خاص چیزیں ہیں جن کی ضرورت ہے۔ مقویات جیسے آئرن آیوڈائیڈ کا یا آئرن فاسفیٹ کا شربت، پیرشس کی غذا (Parrish's food)، یا کاڈ مچھلی کے جگر کا روغن دئے جاسکتے ہیں۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا ان بچوں کو سرائتی سمجھا جائے یا

نہیں۔ چونکہ درنی عصیات صرف وقفہ وقفہ سے ظاہر ہوتے ہیں، اور اس طرح سے ہمیشہ نکلے جاتے ہیں، ان بچوں کا علاج کسی نقیہہ خانہ (convalescent home) میں دوسرے بچوں کے ہمراہ کرنے میں کوئی حرج نہیں۔

88

عمومی یا دخنی تدرن اور تدرنی التہاب سحایا

General or Miliary Tuberculosis and Tuberculous Meningitis

بحث اسباب ۔ یہ سب عمروں میں واقع ہوتا ہے، لیکن دو سال سے کم عمر کے بچوں میں سب سے زیادہ کثرت سے ہوتا ہے۔ جہاں تک اس کی تسبیب کا تعلق ہے، یہ ہمیشہ جسم میں کسی دوسری جگہ کے زیادہ ترقی یافتہ تدرن کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور اس کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے یہ سل ریوی، کولھے کے جوڑ کے مرض، شوکہ کی بوسیدگی (caries of the spine) یا دوسری تدرنی شکایتوں کی اثنا میں پیدا ہو جائے۔ اکثر مثالوں میں، خاصکر بچوں میں تدرن مخفی رہ چکا ہوتا ہے، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ ایسی صورت میں لاش کے امتحان پر پھیپھڑے میں اولی مقامی تدرنی عارضہ سے پیدا شدہ تجبن پذیر شعبتی غدے پائے جاتے ہیں۔ زیادہ شاذ طور پر جبنی ماساریقی غدے پائے جاتے ہیں۔ دخنی تدرن، جوئے خون کے ذریعہ سرایت کے عام طور پر منتشر ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، جس سے جسم کے کسی عضو میں دخنی دانے یا باریک باریک تدرنی ماسکے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کا پھیلاؤ چند اصابتوں میں قناۃ صدریہ (thoracic duct) کے تدرن کے باعث ہوتا ہے۔ لیکن ان اصابتوں کی ایک بڑی اکثریت میں یہ دیکھا گیا ہے کہ کسی بڑھے ہوئے تدرنی غدے نے کسی ورید کو متاکل کر دیا ہے، اور اس طرح اس میں جبنی مادہ خارج ہو گیا ہے، اور بالکل یکایک جسم میں بے شمار درنی عصیات کا سیلاب امنڈ آیا ہے۔ یہ موت کے بعد یا زندگی کے دوران میں خون میں پائے گئے ہیں۔ یہ حملہ شدید بنیتی اختلال کی وجہ سے ممیز ہوتا ہے، جو

غالباً تسمم کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ نیز یہ حملہ خاص طور پر بلند تپش اور تیز نبض کی وجہ سے ممیز ہوتا ہے ۔ بعض اوقات کسی اصابت میں کئی ایک ایسے حملے ہوئے ہیں ۔ یہ چیز موت کے بعد، مختلف اعضا میں دخنی درنوں کی مختلف جسامتوں کے ذریعہ ظاہر ہوگی ۔ دخنی درنے بہت بڑے نہیں ہوتے، اور اس لئے وہ اکثر اعضا کے وظائف میں بدیہی طور پر خلل انداز نہیں ہوتے ۔ تاہم دو قابل لحاظ صورتیں اس سے مستثنیٰ ہیں ۔ سحایا کا دخنی تدرن، دماغ کے وظائف میں خلل اندازی کا موجب ہوتا ہے ۔ اس سے کم حد تک پھیپھڑوں کی اسی قسم کی حالت ان کے وظیفہ میں خلل کا باعث ہوتی ہے ۔ نتیجہ یہ ہے کہ جب تک یہ اعضا متاثر نہ ہوں، دخنی تدرن کی یقین کے ساتھ تشخیص نہیں کی جاسکتی ۔ ایک ایسی اصابت میں جس میں علامات کو صرف اولی ضرر کی طرف منسوب کیا گیا ہو، خواہ یہ ضرر پھیپھڑوں میں ہو جیسے سل ریوی میں، یا گردوں وغیرہ میں ہو، درنی تدرن بعدالموت امتحان پر اتفاقی طور پر پایا جاسکتا ہے ۔ لہذا بہترین یہ ہے کہ دخنی تدرن اور تدرنی التہاب سحایا کو ایک جگہ بیان کیا جائے ۔ دونوں کے درمیان جو کچھ فرق ہے اس کا ذکر مناسب مقامات پر کیا جائے گا ۔

مرضی تشریح ۔ پھیپھڑوں کے اندر درنے بالعموم یکساں طور پر کم و بیش گنجان طور پر بکھرے ہوتے ہیں ۔ درنہ کی ہر قسم دیکھی جاسکتی ہے، اور یہ چھوٹے چھوٹے خاکستری نقطوں سے لیکر بڑے بڑے تجبن پذیر درنوں تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات آخرالذکر مرکز میں ٹوٹ پھوٹ کر باریک باریک کہفے بنا دیا کرتے ہیں ۔ ذات الریوی تجمد کی متعین چکتیاں پائی جاسکتی ہیں، لیکن یہ عام نہیں ہوتیں ۔ شعبتوں کا، اور خاصکر سب سے چھوٹی شعبتوں کا کچھ نہ کچھ التہاب ہمیشہ موجود ہوتا ہے ۔ بعض اوقات پلیورا پر درنے پائے جاتے ہیں، جس کا نتیجہ اکثر اوقات ذات الجنب ہوتا ہے ۔ ان اصابتوں میں کہ جو کسی سابقہ سل ریوی پر مستزاد ہوگئی ہوں، تجمد اور کہفے بھی پائے جاتے ہیں ۔

سحایا میں جو ممیز مناظر دیکھے جاتے ہیں وہ ام حنونہ اور عنکبوتیہ کے

درمیان درنوں کی موجودگی اور لمف کا انصباب ہیں۔ لمف جیلاٹینی اور نیم شفاف، یا غیر شفاف اور خاکستری، یا خاکستری مائل زرد ہوتا ہے، لیکن وہ ریمی کبھی نہیں ہوتا۔ وہ انصباب شدہ سیال، فائبرین اور لمفی خلیات پر مشتمل ہوتا ہے جو اختلاف پذیر تناسبات میں ہوتے ہیں۔ لمف خاص طور پر دماغ کے قاعدہ، بصری تصالب، اس کے پیچھے کی الماس نما فضا، اور ہم پہلو ساقوں (crura) اور جسر (pons) پر دیکھا جاتا ہے۔ اس مرکزی نقطہ سے یہ عام طور پر دونوں طرف سلویس کے شقاق ہیں، درمیانی دماغی شریان کے ساتھ ساتھ پھیلتا ہے۔ اس جگہ یہ نہایت ہی کثرت سے ہوتا ہے۔ نیم کروں کی سطح بالعموم لمف سے پاک ہوتی ہے، یا بہت سے بہت ذرا سی دھندلی یا پیپ دار ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے تدرنی التہاب سحایا کو قاعدی التہاب سحایا کہتے ہیں۔ تاہم دمیغ کی چوٹی پر، مقدم حصہ پر، لمف کی ایک چھوٹی سی ٹکیہ کا پایا جانا عام ہے۔ لمف میں عام طور پر درنے ملے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ محض ایک نقطہ سے لیکر باجرے کے دانوں تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی تجبّن پذیر ہونے کو ہوتے ہیں۔ درنے، سلویس کے شقاقوں میں ام حنونہ پر خاص طور پر کثرت سے ہوتے ہیں۔ خردبین کے نیچے چھوٹے درنے، گردعروقی غلاف میں لمف آسا جسیموں کے اجتماعات پیش کرتے ہیں۔ زیادہ بڑے درنے تمام ممیز خصوصیات پیش کرتے ہیں، لیکن بالعموم ان میں عفریتی خلیات ناپید ہوتے ہیں۔

89 درنوں کا التہابی لمف سے جو تعلق ہے وہ نہایت ہی اختلاف پذیر ہے۔ ممکن ہے ممیز مقامات پر کثرت سے لمف موجود ہو، لیکن درنے بالکل نہ دریافت ہوسکیں یا چند ہی دریافت ہوسکیں۔ ممکن ہے درنوں کی تو کافی تعداد ہو لیکن لمف بہت کم ہو۔ دماغ کے بطینے بالعموم سیال سے متمدد ہوتے ہیں (قدیمی نام حاد استسقاء الدماغ کی یہی وجہ ہے)۔ تلافیف جمجمے کے ساتھ لگ کر چپٹے ہوجاتے ہیں۔ دماغی بافت نرم اور اکثر اوقات بدیہی طور پر ممتلی ہوتی ہے۔ جمجمی ام جافیہ بالعموم متاثر نہیں ہوتی۔ تاہم نخاعی ام جافیہ میں بعض اوقات باریک درنے دکھائی دیتے ہیں۔ ام حنونہ میں کا لمف ممکن ہے

نخاع کے عنقی خطہ تک پھیلا ہوا ہو ۔
دخنی درنے، بالعموم جگر، گردوں اور طحال کی سطح پر بھی دیکھے جاتے ہیں ۔زیادہ شاذ طور پر آنکھ کا مشیمیہ، قلب، درقیہ، مغز استخواں اور باریطون ماؤف ہوجاتے ہیں ۔ممکن ہے جسم کا کوئی بھی عضو متاثر ہو ۔ ایسا کوئی عضو نہیں جو ہمیشہ متاثر ہوتا ہو ۔بعض اوقات ظاہر میں خالی آنکھ کو صرف سحایا ہی متاثر نظر آتے ہیں ۔لیکن اغلب ہے کہ ایسی اصابتوں میں خردبینی امتحان سے دوسرے اعضاء میں بھی سرایت کی شہادت دریافت ہو ۔
علامات ۔ اکثر اوقات ایک درجۂ منذرہ پایا جاتا ہے ۔ اس میں بچہ کی طبیعت خراب ہوتی ہے، وہ بے چین ہوتا ہے، اس کی بھوک جاتی رہتی ہے، وہ دبلا ہو جاتا ہے، ممکن ہے کبھی کبھی اس کو قے آئے، اور اس کو قبض ہوتا ہے ۔ علالت، زیادہ معین طور پر دردسر یا قے سے، شاید تشنج سے شروع ہوتی ہے ۔ دردسر، شدید اور مسلسل ہوتا ہے، اور وقتاً فوقتاً اس میں اشتدادات ہوتے ہیں ۔ بچہ اپنے ہاتھ کو اپنے سر تک لیجاتا ہے ۔ اکثر اوقات وہ "آہ میرا سر" کہکر چلاتا ہے، یا محض روتا ہے یا کراہتا ہے ۔ کبھی کبھی یکایک اس سے ایک مختصر سی چیخ نکل جاتی ہے ۔ اس کے ساتھ، متوسط درجہ کا بخار، تیز نبض، اور روشنی اور آواز کے لئے بے انتہا حساسیت پائی جاتی ہے ۔ چنانچہ بچہ اپنی آنکھیں بند کرلیتا ہے، اور چاہتا ہے کہ بستر پر اسے تنہا چھوڑ دیا جائے ۔ کوئی اس کو چھیڑے یہ اس کو برا لگتا ہے ۔ اکثر اوقات وہ دخل درمعقولات کرنے والے دوستوں سے الگ تھلگ بستر میں سکڑا ہوا پڑا رہتا ہے ۔ قے بالعموم زیادہ مدت تک جاری نہیں رہتی ۔ اگر علالت، دورے سے شروع ہو، تو یہ اکثر اوقات دوبارہ نہیں ہوتا ۔ کبھی کبھی بھینگاپن دیکھا جاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ دو نظری بہت جلد پائی جائے ۔
چند دن کے بعد، جبکہ شدید دردسر ابھی موجود ہی ہوتا ہے، ممکن ہے خفیف سا ہذیان پایا جائے، اور مریض غنودہ ہوجاتا ہے ۔ سر بعض اوقات بازکشیدہ اور گردن اکڑی ہوئی ہوتی ہے ۔ شکم گڑھے دار یا بازکشیدہ ہوجاتا ہے ۔ عضلات

کے خاکے جلد میں سے نظر آتے ہیں، اور پسلیوں کے حاشیئے اور حرقفی عرفے نمایاں ہوتے ہیں۔ اس چیز کے لئے بعض اوقات کاریتی (carinated) اور کشتی نما کے الفاظ استعمال کئے جاتے ہیں۔ بعض اوقات کرنگ کی امارت (Kernig's sign) موجود ہوتی ہے۔ نبض ممکن ہے سست ہو، اور اکثر اوقات یہ بے قاعدہ ہوتی ہے۔ تنفسات، سست، آہی اور بے قاعدہ ہوتے ہیں۔ تپش اب بھی عموماً بلند ہوتی ہے، یا ۱۰۱° اور ۱۰۳° کے درمیان اہتزاز کرتی رہتی ہے۔ ممکن ہے یہ انتہائی طور پر بے قاعدہ ہو۔ بعض اوقات اس کی مرتکس قسمے (typus inversus) موجود ہوتی ہے، یعنی صبح کی تپش بلند، اور شام کی تپش پست ہوتی ہے۔ جب انگلی کو پیشانی یا شکم کی جلد پر سے تیزی سے کھینچا جائے تو ایک چوڑی سی سرخ لکیر جلد ہی نمودار ہوجاتی ہے، اور پانچ دقیقہ یا زیادہ تک قائم رہتی ہے۔ اس حالت کو تاش دماغی (tache cérébrale) کہتے ہیں۔ یہ التہابِ سحایا سے مخصوص نہیں ہے بلکہ صرف اس میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ نہایت جلد یعنی اسی زمانہ میں، اکثر اوقات قرص بصری میں تغیرات دیکھے جاتے ہیں۔ یہ پہلے نہایت ہی عروقی ہوجاتا ہے اور پھر اس میں معیّن عصبِ بصری کا التہاب پایا جاتا ہے۔ اصابتوں کے تھوڑے سے تناسب میں مشیمیہ میں درنے پائے جاتے ہیں۔ بالعموم کچھ ریوی علامات بھی پائی جاتی ہیں۔ کھانسی ہوتی ہے اور سینے میں لغطات سنائی دے سکتے ہیں۔ تاہم یہ چیز حیرت انگیز ہے کہ پھیپھڑے باریک باریک درنوں سے اچھی طرح بھرپور ہونے پر بھی کوئی طبیعی امارت پیدا نہیں کرتے۔

اس نقطہ سے آگے اصابت، بلا کسی تازہ علامات کے، برابر مہلک انجام تک ترقی کئے جاتی ہے۔ غذا اچھی طرح نہیں لی جاتی، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے۔ غنودگی بڑھ کر قوما بنجاتی ہے، عصب بصری کا التہاب زیادہ نمایاں ہوجاتا ہے، شکم زیادہ زیادہ گڑھے دار ہوتا جاتا ہے، نبض زیادہ بے قاعدہ، زیادہ کمزور اور بالعموم زیادہ تیز ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے بایوٹ (Biot) کا تنفس دکھا جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 121)۔ تپش کم و بیش

تیزی کے ساتھ گر جاتی ہے، یا ممکن ہے موت سے ذرا پہلے تیزی سے ۱۰۶° یا ۱۰۷° تک پہنچ جائے۔ شعبتی نلیوں میں مخاط اکھٹا ہونے لگتا ہے، اور نبض ساقط ہو کر موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن اکثر آخری دن، مقامی علامات کی وجہ سے ممیز ہوتے ہیں، خواہ یہ کسی جارحہ کا شلل ہو، یا بھینگا پن ہو، یا استرخاء الجفن ہو۔ پتلیاں اکثر اوقات غیر مساوی ہوتی ہیں۔ ممکن ہے ایک یا دونوں، روشنی کے لئے غیر حساس ہوں۔ اکثر اوقات یہ درجہ، تشنجات کی وجہ سے ممیز ہوتا ہے، اور یہ موت سے پہلے کئی مرتبہ ہو سکتے ہیں۔ بعض اوقات
آخری چند دنوں میں پیشاب میں شکر پائی جاتی ہے۔ بیماری دس دن سے لیکر 90
چار یا پانچ یا چھ ہفتہ تک رہتی ہے۔ مرض کے مذکورہ بالا مرکو تین درجوں میں تقسیم کیا گیا ہے، خراش کا درجہ، انضغاط کا درجہ، اور آخر میں شللی درجہ۔ لیکن ان میں تفریق کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ بعض اصابتوں میں زیادہ تمثیلی علامات بہت کم نمایاں ہوتی ہیں، اور صرف قوما ہی نمایاں ہوتا ہے۔

بالغوں کے تدرنی التہاب سحایا میں علامات اکثر اوقات زیادہ سرعت سے نمویاب ہوتی ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ مرض کا آغاز، اس مرض کی علامات سے جو کہ پہلے موجود ہے، پوشیدہ ہو سکتا ہے، مثلاً سل ریوی کی علامات سے۔ ممکن ہے کہ مریض، بہت کم تنبیہ ہونے پر بھی، ہذیان یافتہ ہو جائے، یا اسکو کسی جارحہ کا یا چہرہ کا شلل ہو جائے، یا دورہ پڑے۔ وہ تیزی سے قوما زدہ ہو جاتا ہے اور چند دنوں کے اندر مر جاتا ہے۔ بعض اوقات احتباس بول التہاب سحایا کی سب سے پہلی امارت ہوتی ہے جو ایسی اصابتوں میں مشاہدہ کی جاتی ہے۔

دماغی نخاعی سیال ابتدائی درجوں میں بالکل صاف ہوتا ہے۔ تاہم ممکن ہے یہ بہت زیادہ دباؤ کے تحت ہو۔ نلی میں ممکن ہے ایک "مکڑی کی طرح کا" تھکا بن جائے۔ بعد ازاں سیال خفیف طور پر گدلا ہوتا ہے، لیکن وہ ریمی کبھی نہیں ہوتا۔ اس میں لمفی خلیات کی کثرت پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات درنی عصیات شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ باقی خصوصیات

کے لئے ملاحظہ ہو دماغی نخاعی سیال ۔

عمومی تدرن کی ان اصابتوں میں جن میں سحایا ماؤف نہیں ہوتے، یا جن میں یہ صرف آخری درجوں میں جاکر ماؤف ہوتے ہیں، علامات مدت کا اکثر حصہ نہایت ہی مبہم رہتی ہیں ۔ مریض، کمزوری، کام کرنے کی ناقابلیت، لاغری، عدم اشتہا، متلی، اور درد سر کی شکایت کرتا ہے ۔ آنتوں میں قبض ہوتا ہے یا کبھی کبھی چند دن تک دست آتے ہیں ۔ بے قاعدہ ارتفاع تپش موجود ہوتا ہے ۔ نبض تیز اور کمزور ہوتی ہے، اور زبان خشک ہوتی ہے ۔ جس تناسب سے مرض طویل ہوجاتا ہے اسی تناسب سے، پھیپھڑوں میں کے درنے بڑھتے ہیں، اور ٹوٹتے پھوٹتے ہیں، اور اس طرح نمایاں علامات پیدا کردیتے ہیں ۔ کھانسی، بہر، قلیل مخاطی نفث جس میں شاید خون کی جھلک نظر آتی ہے، اور بعض اوقات پہلو میں درد پایا جاتا ہے ۔ طبیعی امارات پہلے پہل التہاب شعبتی کی طرف اشارہ کرتی ہیں، اور پھر شعبتی ذات الریہ کی طرف ۔ جب یہ خوب نمایاں ہوجاتا ہے تو مریض بلند درجہ کا زراق ظاہر کرتا ہے ۔ چہرہ، ہونٹ، ناک، کان اور گال کبود ہوتے ہیں، اور انگلیاں سکڑی ہوئی اور نیلی ہوجاتی ہیں ۔ آخر کار تین سے لیکر آٹھ یا دس ہفتہ میں، بڑھتے ہوئے بہر، کبودی، انبطاح، اور غنودگی کی حالت میں موت واقع ہوجاتی ہے ۔ التہابی سحائی علامات ممکن ہے کسی وقت بھی نمودار ہوجائیں ۔

تدرنی التہاب سحایا میں ممیز خصوصیات یہ ہیں، غیر محسوس آغاز، ربوی علامات جبکہ یہ موجود ہوں، دردسر، خراش پذیری جو بعد میں چلکر غنودگی اور قوما پیدا کردیتی ہے، اور جمجمی اعصاب کا جلد ہی ماؤف ہوجانا ۔ مشیمیتی درنے اگر موجود ہوں تو وہ دالۂ مرض ہوتے ہیں ۔ اس مرض کو التہاب سحایا کی دوسری شکلوں سے، نام نہاد سحائیت (meningism) سے، اور درون جمجمی مرض کی دوسری شکلوں، جیسے سلعہ، خراج، اور دماغی اجواف کی علقیت سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے ۔ اس میں کوئی حقیقی مشکل نہیں پیش آتی ۔ تدرنی التہاب سحایا میں دماغی نخاعی سیال کا صاف ہونا، اور اس میں لمفی

خلیات کا زیادہ ہوجانا ایک بالکل ممیز چیز ہے۔ شکر ناپید ہو جاتی ہے، اور کلورائیڈ مافیہا گھٹ جاتا ہے۔ التہاب سحایا کی اکثر دوسری قسموں میں آغاز یکایک ہوتا ہے، مثلاً دماغی نخاعی بخار میں۔ یا کوئی بدیہی اولی ماسکہ موجود ہوتا ہے، جیسے اس تقیحی التہاب سحایا میں جو کہ التہاب اذن وسطی یا دوسری حالت کے بعد پیدا ہو۔ دماغی نخاعی سیال معین طور پر گدلا ہوتا ہے، اور اس میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات موجود ہوتے ہیں۔ نمایاں پس تمنیدگی (opisthotonus) اور ایک نمایاں کرنگ کی امارت سے، دماغی نخاعی التہاب سحایا کی اس سے زیادہ تائید ہوتی ہے کہ جتنی تدرنی التہاب سحایا کی۔ حاد التہاب رماد النخاع یا سباقی التہاب دماغ سے مشکل پیش آسکتی ہے۔ اول الذکر مرض میں آغاز یکایک ہوتا ہے۔ دماغی سلعہ اور خراج میں تپش بالعموم زیادہ بلند نہیں ہوتی، اور ممکن ہے نبض سست ہو۔

انذار۔ تدرنی التہاب سحایا ایک نہایت ہی مہلک مرض ہے۔ تاہم بلاشک و شبہ چند اصابتیں جن میں دماغی نخاعی سیال میں درنی عصیات دستیاب ہوئے تھے، صحت یاب ہوگئیں۔ لیکن یہ چند اصابتیں اس ناموافق انذار کو نہیں بدل سکتیں جو اسوقت جبکہ مرض کی نوعیت ایک مرتبہ معلوم ہو جائے طبیب کو بتلانا چاہیئے۔ کسی کسی موقعہ پر علامات میں ایک فترہ واقع ہوتا ہے۔ اس دخنی تدرن پر جو کہ التہاب سحایا کے بغیر ہوتا ہے یہ سب چیزیں صادق آتی ہیں۔

علاج۔ اس کا مقصد علامات کو تسکین دینا ہونا چاہیئے۔ قطنی کچوکا ایک نہایت ہی موثر تدبیر ہے۔ اس سے درد سر میں افاقہ ہوجاتا ہے، اور علامات کو عارضی طور پر تسکین ہوجاتی ہے۔ اس کو روزانہ عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ 91
نور ترسی کی وجہ سے، کمروں میں اندھیرا کردینے کی ضرورت ہے۔

گلانڈرس

GLANDERS

سراجہ ۔ کنار

(*Equinia, Malleus, Farcy*)

سراجہ ایک ایسا مرض ہے جو خاص طور پر گھوڑوں، خچروں، اور گدھوں کو متاثر کرتا ہے، گو بعض اوقات یہ دوسرے پالتو جانوروں کو بھی متاثر کرتا ہے۔ کبھی کبھی یہ اتفاقی طور پر انسان میں منتقل ہوجاتا ہے۔ سائیس، اصطبل کے ملازمین، اور دوسرے لوگ جو گھوڑوں کی رکھوالی کرتے ہیں، مرض میں مبتلا ہونے کا سب سے زیادہ امکان رکھتے ہیں۔ یہ مرض حاد شکل میں ایک حموی اختلال ہے۔ اس کا ممیز خاصہ انفی اور تنفسی مخاطی غشاؤں کے مخصوص اضرار، زیر جلدی گرہوں کا بننا اور لمفی عروق اور غدوں کا ماؤف ہونا، اور ایک جلدی ثوران ہے۔ نیز یہ ایک مزمن شکل میں بھی واقع ہوتا ہے۔ ان اصابتوں کو کہ جن میں بڑی جلدی گرہیں (فرسی شگوفے :farcy buds) اور لمفی اضرار نمایاں خصوصیات تھیں، فرسی (farcy) کا نام دیا گیا ہے۔ لیکن ایک ہی مرض کے لئے دو نام اچھے نہیں معلوم ہوتے۔ اب عام طور پر سراجہ کا نام ہی اختیار کرلیا گیا ہے۔

یہ مرض بیشتر انسان میں اسطرح منتقل ہوجاتا ہے کہ کسی سراجہ زدہ جانور کو مالش کرنے میں یا مرض سے مرے ہوئے جانور کی کھال اتارنے کے دوران میں زخم، چرکے یا خراشیدگیاں اتفاقی طور پر تطعیم یافتہ ہوجاتی ہیں یا ایسا ہوتا ہے کہ کوئی گھوڑا ہی اپنے سائیس کو کاٹ لیتا ہے اور اپنے لعاب دہن کے ذریعہ مرض کو منتقل کردیتا ہے۔ یا ممکن ہے گھوڑے کے چھینکنے سے اس کے انفی مخاط کا کچھ حصہ، کسی پاس کھڑے ہوئے شخص کی آنکھ، ناک یا منہ میں جا پڑے۔ یہ کہا گیا ہے کہ یہ مرض کسی سراجہ زدہ جانور کا کچا گوشت کھالینے سے لگ جاتا ہے، اور یہ کہ یہ جانور خانوں میں اسی طریقہ

سے منتقل ہوگیا ہے ۔ ایک آدمی اسے دوسرے آدمی میں بھی منتقل کرسکتا ہے۔
سراجہ کا عصیہ (عصیۂ سراجہ :B. mallei) گرہکوں میں پایا جاتا ہے۔ یہ تقریباً درنی عصیہ کی جسامت کے لگ بھگ ہوتا ہے۔ تاہم یہ اس سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور گریم (Gram) کے طریقہ میں بے رنگ ہوجاتا ہے ۔

امراضیات ۔ حاد سراجہ میں بعدالموتی امتحان پر وہ تغیرات جو تقیح الدم کے لئے مخصوص ہیں اکثر اوقات پائے جاتے ہیں، یعنی خون کی بڑھی ہوئی سیالیت، اور پھیپھڑوں کے پھوڑے ۔ تقیح الدم مقامی اضرار کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہوجاتا ہے ۔

سراجہ کے ممیز اضرار، مخاطی اغشیہ، جلد اور پھیپھڑوں میں پائے جاتے ہیں ۔ انفی غشاء مخاطی میں، زیر سرطلمی گرہکیں پیدا ہوجاتی ہیں جو باجرے کے دانے کی جسامت سے لیکر مٹر کی جسامت تک اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ یہ لمفاً ساجسیموں یا ریم جسیموں پر مشتمل ہوتی ہیں۔ بعد کے درجہ میں یہ گرہکیں متقیح ہوجاتی ہیں، اور ان کے بعد زردی مائل قاعدوں والے قروح باقی رہ جاتے ہیں ۔ ان کے گرد درریختگی کی تازہ گرہکیں نمودار ہوتی ہیں، جن میں یہی عمل واقع ہوتا ہے ۔ ممکن ہے فاصل منثقوب ہوجائے ۔ اگر صحت یابی ہوجائے تو بے قاعدہ، شکندار ندبے باقی رہ جاتے ہیں ۔ پھیپھڑوں میں بھی اسی طرح کی گرہیں بنتی ہیں، جن کے مرکز ٹوٹ پھوٹ کر ایک جبنی چورا بنا دیتے ہیں۔ ان کے ساتھ ساتھ شعبتی ذات الریہ کی چکتیاں پائی جاتی ہیں جن سے پھوڑے بن سکتے ہیں ۔ اسی طرح کی گرہیں ملتحمات، جبہی اجواف، بلعوم، حنجرہ، امعاء، جلد، زیر جلدی بافت، اور عضلات میں بنجاتی ہیں ۔

علامات ۔ حاد سراجہ ۔ مرض، کسلمندی، درد سر، آلکسی، عدم اشتہا، اور جوڑوں اور جوارح میں درد سے شروع ہوتا ہے ۔ کچھ مدت تک اکثر اوقات رثیمتی تپ، یا معوی تپ سے مشابہت پائی جاتی ہے، یا ممکن ہے پہلو میں درد، یا بُہر پایا جائے ۔ اگر کوئی زخم، یا کھرونچا براہ راست سرایت زدہ ہوگیا ہو تو یہ التہاب زدہ، تنا ہوا اور دردناک ہوجاتا ہے ۔ اس کے آس پاس کی

جلد سرخبادہ کا منظر رکھتی ہے۔ زخم متقرح ہوجاتا ہے، اور اس سے ایک زرد آبی سیال نکلتا ہے۔ پڑوس کے لمفی عروق ممکن ہے بڑے ہوجائیں مرض کی زیادہ ممیز خصوصیتیں ممکن ہے اس کے آغاز سے ایک ہفتہ یا زیادہ تک ظاہر نہ ہوں۔ تاہم بعض اوقات وہ اس سے پہلے نمودار ہوجاتی ہیں۔ ثوران، چھوٹے چھوٹے سرخ بثور پر مشتمل ہوتا ہے، جن پر آبلے نمودار ہوجاتے ہیں۔ ان سے نہایت ہی جلد چھالے یا قائحات بن جاتے ہیں۔ یہ مختلف جسامتوں کے، قطر میں ½ تا ¾ انچ تک، نیم کروی، مرکز میں چپٹے یا نشیب دار ہوتے ہیں، اور ان کے مشمولات مصلی، ریمی یا خون آلود ہوتے ہیں۔ قائحہ کا قاعدہ التہاب زدہ ہوتا ہے، اور آس پاس کچھ دور تک دریختہ ہوتا ہے۔ کچھ مدت کے بعد مواد خارج ہوجاتا ہے، اور ایک قرحہ جو کھرنڈ یا غشیئہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے باقی رہ جاتا ہے۔ وہ گرھیں جو جلد کے نیچے بنتی ہیں پہلے پہل سخت اور دردناک ہوتی ہیں، اور بالعموم متقیح ہوجاتی ہیں۔ لمفی غدے ہمیشہ التہاب زدہ نہیں ہوتے۔ مخاطی غشاؤں کی ماؤفیت، ناک سے ایک اخراج سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ پہلے پہل پتلا مخاط ہوتا ہے، لیکن بعد میں گاڑھا لزج، ریمی، بدبودار اور اکثر خون آلود ہوجاتا ہے۔ یہ ان درنہ نما گرہوں کے بن جانے پر کہ جن کا اوپر ذکر کیا گیا ہے منحصر ہوتا ہے۔

بالعموم مرض برابر بڑھتا جاتا ہے اور تقیح الدم کی علامات پیدا ہوجاتی ہیں۔ تپش بلند ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے اس میں کمی بیشی ہو۔ نبض تیز ہوتی ہے، اور زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے۔ بول میں البیومن نمودار ہوجاتا ہے، پست ہذیان اور رعشہ ہوکر قوما پیدا ہوجاتا ہے، اور سانس زیادہ تیز تیز آنے لگتا ہے۔ آخرکار موت واقع ہوجاتی ہے، جو بالعموم آغاز سے دو یا تین ہفتہ کے اندر واقع ہوتی ہے۔

مزمن سراجہ۔ اس میں مقامی اضرار کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ موٹے اور سخت کناروں والے قروح، جوڑوں کے آس پاس پھوڑوں، جلد کے نیچے یا عضلات کے اندر التہابی ورموں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے ایک

92

قانحی ثوران بھی پیدا ہوجائے، لیکن بہ حاد شکل کی بہ نسبت، زیادہ آہستہ نمویاب ہوتا ہے۔ ممکن ہے انفی غشاء مخاطی بھی ماؤف ہوجائے۔ بعض اصابتوں میں لاغری پیدا ہوجاتی ہے، اور اس کے ساتھ بیٹھی ہوئی آواز اور ریوی علامات، جیسے کھانسی اور نفث الدم، پیدا ہوجاتی ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ مزمن اصابتوں کی اوسط مدت چار مہینے ہوتی ہے۔

تشخیص - ابتدائی درجوں میں مرض پر رثیت یا تپ محرقہ کا دھوکا لگ سکتا ہے، اور بعد میں تقیح الدم کا۔ مزمن اصابتوں میں آتشک، خنازیر (scrofula)، اور سل ریوی کی مشابہت پائی جاتی ہے۔ بیطاری جرّاحی میں، مشتبہ جانوروں میں میلیئن (mallein) کا اشراب کرکے تشخیص کی جاتی ہے یہ چیز عصیات سراجہ کی مصنوعی کاشتوں میں موجود کیمیائی مادوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ اگر جانور مرض زدہ ہو، تو ایک معین "تعامل" تپش کی زیادتی کا واقع ہوتا ہے۔ یہ بالکل اسی طرح کا ہوتا ہے کہ جس طرح کا انسان میں کوک (Koch) کی ٹیوبرکلین سے پیدا ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہو سل ریوی کی تشخیص)۔

انذار - نہایت ناموافق ہوتا ہے۔ حاد سراجہ سے صرف چند ہی مثالوں میں صحت یابی درج کی گئی ہے، اور مزمن اصابتوں میں صرف آدھی کے قریب اچھی ہوتی ہیں۔

علاج طاقت بخش اور مہیج ہونا چاہیئے۔ اندرونی طور پر کونین دینی چاہیئے۔ انفی ضرر کا علاج، دافع عفونت اشرابات جیسے کریوسوٹ، کاربالک ایسڈ، آیوڈین یا پوٹاسیم پرمینگنیٹ کے غسول کے ذریعہ کرنا چاہیئے۔ جلد کے پھوڑے جب پک کر تیار ہوجائیں تو ان کو کھول ڈالنا چاہیئے۔ مزمن اصابتوں کے لئے، کاربالک ایسڈ، پوٹاسیم آیوڈائیڈ، سنکھیا، سٹرکنین اور سوڈیم بنزوئیٹ کی سفارش کی گئی ہے۔

جمرہ

ANTHRAX

یہ لفظ، پچھلے زمانہ میں سراج پھوڑے (carbuncle) کا لاطینی مرادف تھا۔ اب عام طور پر اسے ایک ایسے مرض کا نام رکھنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے جو مختلف جانوروں کو متاثر کرتا ہے، اور اُن سے انسان میں منتقل ہوتا ہے۔ جانوروں میں اس مرض کو طحالی تپ (splenic fever) کہتے ہیں۔ انسان میں اس کے اندر فرانسیسیوں کا شاربان (charbon) اور انگریزی مصنفوں کا خبیث قائحہ (malignant pustule) شامل ہے۔ اس کی امتیازی خصوصیت، ایک عصیہ (عصیۂ جمرہ) کی موجودگی ہے، جو مقامی اضرار، خون، احشاء اور افرازات میں پایا جاسکتا ہے۔ یہ ایک غیر متحرک، گرام ثبت عصیہ ہے۔ یہ لمبائی میں ۵ µ سے لیکر ۲۰ µ تک اختلاف پذیر ہوتا ہے، یعنی یہ ایک دموی جسیمہ کے قطر سے بھی بہت زیادہ لمبا ہوتا ہے۔ عصیات، لانبے ہوکر اور تقسیم ہوکر تعداد میں بڑھتے ہیں۔ جسم سے باہر ان کے اندر بذرات پیدا ہوجاتے ہیں جو بعد ازاں آزاد ہوجاتے ہیں۔ بذرات میں بڑی حیویت پائی جاتی ہے، اور وہ تپش کے بہت بڑے تغیرات کی مزاحمت کرسکتے ہیں۔ موافق ماحول میں ان سے عصیات کی باز تولید ہونے لگتی ہے۔

انسان میں سرایت زندہ جانور سے واقع ہوتی ہے، جیسے گلہ بانوں، چرواہوں اور کسانوں میں۔ یا وہ لاش سے واقع ہوتی ہے، اور یہی چیز سب سے زیادہ عام ہے۔ چنانچہ ذبح کرنے والے لوگ، قصاب اور دوسرے لوگ جن کو کھالوں سے کام پڑتا ہے، ایک کھرونچے یا زخم کے ذریعہ سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ شاذ و نادر مرض، مرض زدہ جانوروں کا گوشت کھانے سے لگ جاتا ہے۔ تاہم انگلستان میں یہ ہے کہ مرض اکثر اوقات چمڑا رنگنے والوں

میں، یا ان لوگوں میں جو کہ باہر سے آئے ہوئے چمڑوں اور کھالوں کو چھوتے ہیں، یا ان لوگوں میں جو کہ ان ہی جانوروں کی اُون اور بالوں کا کام کرتے ہیں واقع ہوتا ہے ۔ چنانچہ صوّاف (wool-sorters) ، فرّاء ، دباغ ، اور اسی قسم کے پیشوں والے دوسرے لوگ ، شکستہ جلد میں سے راست تطعیم کے ذریعہ یا ان اشیا میں سے نکلی ہوئی خاک دھول یا اونی ذرات کے سونگھنے سے مرض حاصل کر لیتے ہیں ۔ مرض، سرما کے مہینوں میں گرما کے مہینوں کی بہ نسبت دگنا زیادہ عام ہے (58) ۔ بعض اصابتیں، حجامت کے برشوں، اور خاصکر جاپانی ساخت کے برشوں کے استعمال سے، کہ جو جمرہ سے سرایت زدہ جانوروں کے بالوں سے بنے ہوئے تھے، پیدا ہو گئی ہیں ۔ شاذ و نادر مرض انسان سے انسان میں براہ راست منتقل ہو جاتا ہے ۔ لتّہ چینوں میں جو کہ
93 کاغذ کے کارخانوں میں کام کر رہے ہوں، ریوی جمرہ کا احتمال ہے، اور جمرہ کا عصبیہ، ان کے احشا میں پایا گیا ہے ۔

مرضی تشریح ۔ تمام مہلک اصابتوں میں ایسے تغیرات جو حاد عفونی مرض ظاہر کرتے ہیں پائے جاتے ہیں ۔ جیسے زیر مخاطی یا زیر مصلی بافتوں میں، قلب کے جرم میں، یا دوسرے عضلات میں کدمات، پھیپھڑوں کا نزف یا اذیما، جگر اور گردوں کا امتلاء اور لینت ۔ طحال ہمیشہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی جب مخصوص ریوی علامات موجود رہ چکی ہوں تو یہ چیزیں پائی جاتی ہیں : قصبۃ الریہ اور شعبتوں کی غشاء مخاطی کا امتلاء، پھیپھڑوں کے اندر یا پلیورا کے تحت نزفات، عنقی اور شعبتی غدوں کا ورم اور ان کے اندر یا آس پاس نزف، پلیورائی کہفوں میں سیال، اور قصبۃ الریہ اور واسطی غدوں کے اردگرد، گردن اور واسط میں، کدمات اور جیلاٹینی رشحہ ۔

معائی شکل میں باریطون میں مصل موجود ہوتا ہے جو کہ اکثر اوقات خون آلود ہوتا ہے ۔ ماساریقا اور پس باریطونی اتصالی بافت کی نیم جیلاٹینی دررِیختگی پائی جاتی ہے معدہ اور امعاء کی غشاء مخاطی اور زیر مخاطی بافتوں کا ½ انچ سے

لیکر ا یا ۲ انچ کے قطر کی چکتیوں کی صورت میں، امتلاء اور تورم ہوتا ہے۔ یہ چکتیاں تراش کرنے پر گلابی اور لحمی پائی جاتی ہیں۔ لیکن ان کی سطح، بدرنگ یا انسحاج زدہ، یا خون کی ایک منقّم تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ اسی طرح زیر مخاطی اور زیر مصلی نزفات موجود ہوتے ہیں، اور طحال اور ماساریقی اور قطنی غدے اکثر اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔

چند اصابتیں نزفی التہاب سحایا کی بھی واقع ہوئی ہیں۔

علامات۔ مرض کی مختلف قسمیں یہ ہیں، مقامی یا بیرونی جمرہ جو کہ اصل خبیث قائحہ (malignant pustule) ہے، اور جمری عفونت الدم (anthrax septicæmia)، جس میں ایک ریوی اور ایک معدی معائی شکل شامل ہے۔ آخر الذکر میں سے کوئی ایک خبیث قائحہ کے ساتھ یک جا ہو سکتی ہے۔

خبیث قائحہ۔ سرایت بالعموم چہرے، گردن ہاتھوں یا بازوؤں پر کسی کھرونچے یا خراشیدگی کی راہ سے ہوتی ہے۔ چند دن کی، یا شاید صرف چند گھنٹہ کی حضانت کے بعد، اس مقام پر کھجلی یا جلن ہونے لگتی ہے، اور احمرار کی ایک چھوٹی سی چکتی نمودار ہو جاتی ہے۔ یہ چکتی ایک معمولی کیک گزیدگی سے ذرا ہی بڑی ہوتی ہے، اور اس کی چوٹی پر ایک باریک سا آبلہ ہوتا ہے۔ یہ آبلہ رفتہ رفتہ بڑا ہو کر پھوٹ پڑتا ہے، اور اس سے ایک نیلا سیال نکلتا ہے۔ پھر آبلہ کے قاعدہ پر ایک بھورا یا کالا سا خشّہ (eschar) بنجاتا ہے، اور آس پاس کی جلد سرخ، متورم اور متصلب ہو جاتی ہے، جس سے ½ تا ۲ انچ قطر کا ایک ابھار پیدا ہو جاتا ہے۔ مرکزی خشّہ کے ارد گرد اکثر آبلوں کا ایک حلقہ پایا جاتا ہے جن میں مصل موجود ہوتا ہے۔ آس پاس کچھ دور تک کی جلد اذیمائی ہوتی ہے، اور سب سے قریب کے لمفی غدے بڑھے ہوئے اور الیم ہوتے ہیں۔ تاہم اکثر مثالوں میں قائحہ کا ایسا ممیز منظر نہیں ہوتا، اور وہ گاؤ چیچک (vaccinia) سے ملتا جلتا ہے۔ تین، چار یا پانچ دن تک مریض کی طبیعت معمولی طور پر اچھی رہتی ہے اور وہ کام کرتا رہتا ہے۔ پھر اس کو بخار ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ انبطاح، ہذیان، پسینہ آنا یا اسہال

نمودار ہو جاتا ہے ۔ آخرکار بہت سی اصابتوں میں، ہبوط کے بعد موت واقع ہو جاتی ہے ۔ خبیث جمری اذیما (malignant anthrax œdema) میں کوئی معین قائحہ نہیں بنتا، لیکن ایک اذیمائی ورم جو کہ بالعموم پپوٹوں کو متاثر کرتا ہے، موجود ہوتا ہے ۔ باقی باتوں میں یہ خبیث قائحہ ہی سے ملتا جلتا ہے اکثر اوقات یہ جلد ہی مہلک ثابت ہوتا ہے ۔

جمری عفونت الدم (anthrax septicæmia) مختلف اصابتوں میں اختلاف پذیر ہوتی ہے ۔ ابتدائی علامات بالعموم بے چینی، پستی اور خستگی کا احساس، اور جوارح میں مبہم احساسات ہوتی ہیں ۔ پھر حاد تپ یکایک پیدا ہو جاتی ہے جس کی معمولی علامات ہوتی ہیں اور ساتھ ہی انتہائی انبطاح، تنفس کی گرانباری، اور تیز ہبوط پایا جاتا ہے ۔ ۱۹۱۵ء تا ۱۹۱۶ء کی دماغی نخاعی تپ کی وبا میں، جمری عفونت الدم کی پانچ اصابتیں اس مرض سے مشابہت ظاہر کرتی تھیں، اور عصیات، دماغی نخاعی سیال میں پائے گئے (ریس -(Reece:

ریوی شکل میں دشوار اور مشقت طلب تنفس اور اس کے ساتھ تنگی کا احساس، زراق اور انتہائی انبطاح اہم خصوصیات ہیں ۔ کھانسی بہت نہیں ہوتی، اور سوائے چند ایک لغطات اور خرخرات کے کوئی طبیعی امارت بھی نہیں پائی جاتی ۔ نفث بالکل نہیں ہوتا ۔ جب وہ ہوتا ہے تو خون سے آلودہ ہوتا ہے ۔ ممکن ہے موت سے پہلے ہذیان اور قوما واقع ہوں، یا ذہن آخر دم تک درست رہے ۔ یہ وہ مرض صوافین (wool-sorters' disease) ہے جو کہ برٹیڈ فورڈ (Bradford) اور دوسری جگہوں میں دیکھا جاتا ہے ۔

معدائی معائی شکل میں قے، درد شکم اور اسہال پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ اکثر اوقات براز میں خون ملا ہوتا ہے ۔ بعض اوقات عسر البلع اور بلعوم اور منہ سے اوماء واقع ہوتا ہے ۔ بخار خفیف ہوتا ہے ۔ انجام سے پہلے جو کہ ہمیشہ مہلک ہوتا ہے بُہر اور کبودی، بے چینی اور صرعی یا کزازی نوعیت کے تشنجات پائے جاتے ہیں ۔

تشخیص - جلدی جمرہ کی تشخیص کرنا، ایک نہایت ہی ابتدائی درجہ میں، آسان ہوتا ہے، بشرطیکہ طبیب جمرہ کے امکان کو ذہن میں رکھے جس چیز کی ضرورت ہوتی ہے وہ صرف یہ ہے کہ آبلہ سے لی ہوئی ایک آلود کو رنگ کرکے خوردبین کے نیچے اس کا امتحان کیا جائے۔ تاہم بعض اوقات ضرر کو محض ایک پھنسی خیال کرلیا جاتا ہے، اور اس طرح جمرہ نظر سے چھوٹ جاتا ہے۔ اس سے بعد کے درجہ میں یہ مرض گاؤ چیچک سے مشابہت ظاہر کرتا ہے۔ ریوی اور معدی معائی جمرہ میں تشخیص بہت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ لیکن علامات کا ایک غیر معمولی اجتماع، جیسے قے اور مفصلی دردوں کا مرض کا شبہ پیدا کرسکتا ہے۔ خون، قے، نفث، بول یا دماغی نخاعی سیال میں عصیات شناخت کئے جاتے ہیں۔ لیکن بالعموم وہ خون میں چندروز تک نہیں ملتے۔ تشخیص کی توثیق، افرازات یا خون کے ذریعہ خرگوش، گنی پگ یا چوہے کی تطعیم کرکے کی جاسکتی ہے۔ جانور میں بہز پھیلی ہوئی پتلیاں اور شتابیہ تشنجات نمودار ہوجاتے ہیں، اور وہ دو یا تین دن کے اندر مرجاتا ہے۔ اس کے خون میں ممیز عصیات پائے جاتے ہیں۔

انذار - بریڈ فورڈ میں، جہاں ابتدا ہی میں تشخیص کرلینے کے لئے مخصوص احتیاط عمل میں لائی گئی ہے، شرح اموات ۱۶ سے گر کر ۵ ہوگئی ہے۔ ایک محدود المقام قائحہ، عصیہ کے لئے مزاحمت کی دلیل ہے۔ وسیع طور پر پھیلے ہوئے اذیما سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مزاحمت جاتی رہی ہے۔

علاج - خبیث قائحہ میں صحیح علاج یہ ہے کہ ابتدائی درجوں میں اس کا جراحی طور پر مکمل استیصال کردیا جائے۔ لیکن اگر ضرر "کیک گزیدگی" کے درجہ سے بہت آگے ترقی کرچکا ہو، جیسا کہ تشخیص کرنے کے وقت اکثر پایا جاتا ہے، تو ایسی صورت میں استیصال نہ کرنا چاہئے۔ اس حصہ کو جبائر یا ریت کی تھیلیوں کے ذریعہ آرام دینا چاہئے، اور دافع عفونت کستوین

لگا دینی چاہئیں - نیز ابتدائی ترین لمحہ پر ایک ضد جمری مصل، مثلاً سکلیو و (Sclavo) کا، استعمال کرانا اہم ہے - ۱۵۰ سے لیکر ۳۰۰ مکعب سنٹی میٹر تک دروں وریدی طور پر مشرب کئے جاتے ہیں - اگر کوئی تعامل واقع نہ ہو (جو کہ تپش کی زیادتی سے ظاہر ہوتا ہے) اور عمومی حالت میں کوئی اصلاح نہ ہو، تو اسی معتاد کو دوسرے دن بھی دیا جاتا ہے - اس منطقہ کے ذرا باہر جو کہ پیلا پڑگیا ہے مقامی طور پر ۱۰ مکعب سنٹی میٹر ہر چار گھنٹہ کے بعد مشرب کئے جاتے ہیں - اگر مصل موجود نہ ہو، تو نووارسینو بنزال (novarseno-benzol) استعمال کرنا چاہئے - پہلے اور دوسرے دن اس کا ۶ و تا ۹ و گرام دینا چاہئے، اور اگر ضرورت پڑے تو اسے چوتھے دن پھر دینا چاہئے - اصابت جتنی زیادہ خراب ہو، معتاد بھی اتنی ہی زیادہ دینی چاہئے - ممکن ہے کہ تپش بلند رہے، حالانکہ عصیات زخم سے غائب ہو چکے ہوں -

کزاز

TETANUS

اس مرض کا نام یونانی لفظ τεείνω سے ماخوذ ہے جس کے معنی ہیں "میں تانتا ہوں"۔ اس میں اصلی حالت، جسم کے بیشتر عضلات کے تننشی انقباضات ہیں، جس کے ساتھ وقتاً فوقتاً بڑھتے ہوئے انقباضات کے دورے ہوتے ہیں - یہ ایک عصیہ کے باعث ہوتا ہے (عصیۂ کزاز : B. tetani) - یہ عصیہ مختلف قسم کی مٹی یا باغ کی زمین میں موجود ہوتا ہے - اگر اس قسم کی مٹی کو لیکر جانوروں کی جلد کے نیچے تطعیم کر دیا جائے تو ایسا کرنے سے ان میں کزاز پیدا ہو جائیگا۔

عصیہ لمبائی میں ۴ μ تا ۵ μ اور موٹائی میں ۴ و μ ہوتا ہے - یہ سوط دار ہوتا ہے - اس کو معمولی رنگوں سے اور گرام کے طریقہ سے رنگا جا سکتا ہے - یہ بذرات پیدا کرتا ہے جو اس کے ایک سرے پر نمویاب ہوتے ہیں چونکہ ان کا قطر، عصیہ کے قطر سے زیادہ بڑا ہوتا ہے، ان کی وجہ سے

اس کا منظر ایک "چوبِ نقارہ" کی طرح کا ہوجاتا ہے۔ عصیہ نا ہموا باش طریقہ سے بالیدگی پاتا ہے۔

بحث اسباب - مرض نہایت ہی کم عمر بچوں میں ہوتا ہے (کزاز نوزائیدہ: tetanus neonatorum) - اس عمر کے بعد یہ پانچ سال سے لے کر زندگی کے تمام زمانوں میں پایا جاتا ہے - یہ گرم ممالک میں زیادہ عام ہوتا ہے اور سیاہ فام نسلوں میں اس کا زیادہ امکان معلوم ہوتا ہے - اس کا ایک نہایت ہی عام پیش خیمہ تضرر ہے (ضربی کزاز: traumatic tetanus) کہ جس کے ذریعہ عصیہ کے لئے ایک راستہ پیدا ہوجاتا ہے - یہ کسی قسم کا بھی ہوسکتا ہے، مثلاً ایک الپن یا ناخن کے کھرونچے سے لیکر نہایت شدید مرکب کسر (compound fracture) یا دریدہ زخم تک - لیکن سرایت سب سے زیادہ اسوقت پیدا ہونے کا امکان رکھتی ہے جبکہ زخم، مٹی، سڑک کی خاک دھول، باغ کی مٹی، اصطبل کے گھاس پات سے چھونے کی وجہ سے ملوث ہوگیا ہو۔ حقیقت یہ ہے کہ اگر دھلے ہوئے کزازی عصیات یا ان کے بذرات کی تعلیق کو جانوروں میں مشرب کیا جائے تو اس سے کچھ نقصان نہیں ہوتا۔ کیلسیم کلورائیڈ یا آبیدہ حل پذیر سلیکا یہ دونوں چیزیں زمین کے عام اجزا ہیں - اگر ساتھ ہی ان کو بھی مشرب کردیا جائے تو عضویات بڑھتے ہیں اور مرض پیدا کردیتے ہیں - اینورسماؤں کے لئے جیلاٹین، اور ملیریا کے لئے کونین کا زیرجلدی اشراب کرنے سے کزاز پیدا ہوچکا ہے۔ نوزائیدہ بچوں میں یہ عضویہ 95 حبل سری کی کٹی ہوئی سطح کی راہ سے داخل ہوجاتا ہے - غالباً ان تمام اصابتوں میں کہ جن کو پچھلے زمانہ میں خود رو (idiopathic) کہتے تھے، مقامی سرایت کے کسی ذریعہ کو نظر انداز کردیا جاتا تھا۔ مثلاً اصطبل کے ایک ملازم کو جس کو سیلان الاذن تھا، کزاز بلا شک وشبہ اسطرح ہوگیا کہ اس نے اپنی انگلی کے ذریعہ جو کہ اصطبل کی خاک دھول سے آلودہ ہوگئی تھی منفذ اور طبل کو سرایت زدہ کرلیا۔ بعض اوقات یہ مرض وبائی صورت اختیار کرلیتا ہے -

مرضی تشریح - بہت سی اصابتیں ایسی ہوتی ہیں کہ جن میں موت کے بعد کوئی بھی امراضیاتی ضرر نظر نہیں آتا۔ جو اعضا سب سے زیادہ عام طور پر متاثر ہوتے ہیں وہ پھیپھڑے ہیں۔ پھیپھڑوں میں ذات الریہ، التہاب شعبتی، اذیما، یا نزفات موجود ہو سکتے ہیں۔ مرکزی نظام عصبی، بالعموم خالی آنکھ کو طبعی نظر آتا ہے، یا زیادہ سے زیادہ رمادی مادہ کی کچھ بیش دمویت ظاہر کرتا ہے۔ نیز خوردبینی امتحان سے عصبی خلیات میں خفیف انحطاطی تغیرات دیکھے جاتے ہیں۔ یہ دونوں حالتیں سموم کے اثر کی جانب، یا تشنجات کے دوران میں عروقی اختلال کی جانب منسوب کی جا سکتی ہیں۔ دھڑ کے عضلات، خاصکر شکم کے عضلات، بعض اوقات مشقوق ہو جاتے ہیں یا ان میں نزفات واقع ہوتے ہیں۔ ضربی اصابتوں میں زخم کی حالت کو آخری نتیجہ سے کچھ نسبت نہیں ہوتی۔ ممکن ہے زخم اندمال پا رہا ہو، یا اندمال پا چکا ہو، یا تقیح کر رہا ہو، یا اغناث پذیر ہو۔

امراضیات - عصیہ خاص طور پر زخم کے پڑوس میں تعداد میں بڑھتا ہے۔ وہ ایسے زہر پیدا کرتا ہے جو مرکزی نظام عصبی اور خاص کر نخاع کے لئے الف رکھتے ہیں۔ تاہم یہ زہر لمفی غدوں میں بھی پائے گئے ہیں۔

جانوروں پر تجربات کرنے سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ سموم خون کی راہ سے جذب ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے علاوہ ان کو عضلات میں کے اعصاب کے منتہائی صحفے اخذ کر لیتے ہیں، اور ان کو حرکی عصبی ریشوں کے محور یے، یا ان کے ساتھ ساتھ جانے والے لمفی عروق، متناظر مقدم قرن کے خلیات میں منتقل کر دیتے ہیں۔ بظاہر یہ وہ خاص ذریعہ ہے کہ جس سے عصبی مراکز مرابیت زدہ ہوتے ہیں۔ اگر سموم کافی مقدار میں ہوں تو دوسرے قرن میں اور نخاع کے دوسرے حصوں میں بھی پہنچ جاتے ہیں۔ تاہم ایک غیر محفوظ انسان میں یہ چیز کہ سب سے پہلے کون سے عضلات تشنج سے متاثر ہوتے ہیں بالعموم تضرر کے محل وقوع پر منحصر نہیں ہوتی، بلکہ بالعموم گردن کی پشت اور جبڑے کے عضلات سب سے پہلے متاثر ہوتے ہیں۔ نیز زخم سے لئے ہوئے مادوں کی تطعیم سے، یا سم پر مشتمل بول کے اشراب سے،

کزاز کو انسان سے جانوروں میں منتقل کیا گیا ہے۔

علامات۔ کزاز کی دو الگ الگ سریری قسمیں ہوتی ہیں۔ (۱) "قبل مصلی" زمانہ کی مشہور و معروف قسم، جس کا امتیازی خاصہ، تنگ بستگی (trismus) کی ابتدائی علامت ہوتی ہے۔ (۲) ترمیم یافتہ کزاز، جو کہ حالیہ جنگ کی دریافت ہے۔ یہ ان مریضوں میں واقع ہوتا ہے کہ جنھوں نے دافع کزاز مصل کا ایک حفظ ماتقدمی اشراب لیا ہو۔

مشہور و معروف یا عمومی قسم۔ زخم لگنے اور علامات کے آغاز کے درمیان حضانت کا زمانہ ایک سے لیکر ۳۰ دن تک ہوتا ہے۔ کل اصابتوں کی تقریباً نصف دوسرے ہفتہ میں، اور ایک تہائی پہلے ہفتہ میں نمویاب ہوتی ہیں۔ یہ دیکھا جاتا ہے کہ حفظ ماتقدمی طور پر منیع کئے ہوئے مریضوں میں جنکو مرض کی یہ قسم ہوجاتی ہے، حضانت کی مدت زیادہ لمبی ہوجاتی ہے۔ مریض کو سب سے پہلے جبڑوں میں اکڑ محسوس ہوتی ہے، اور وہ نہ تو اپنے منھ کو زیادہ کھول سکتا ہے، اور نہ ٹھیک طور پر چبا سکتا ہے۔ اسی طرح گردن کی پشت میں بھی اکڑ ہوتی ہے۔ ممکن ہے مریض کو دو تین دن اسی حالت میں گذر جائیں۔ یا ممکن ہے وہ تیزی سے اگلے درجہ میں پہنچ جائے، جس میں دھڑ کے عضلات، اور اس سے کم حد تک جوارح کے عضلات میں کرختگی پائی جاتی ہے۔ پشت کرخت ہوجاتی ہے، اور خفیف طور پر کمان کی طرح مڑی ہوئی ہوتی ہے، جس میں انقعار پیچھے کی طرف ہوتا ہے (پس تنیدگی :opisthotonus)۔ دھڑ اور شکم کے عضلات، ہروقت منقبض رہنے کے باعث بالکل سخت ہوجاتے ہیں۔ سینہ کی حرکات بھی، اسیوجہ سے، محدود ہوجاتی ہیں۔ ٹانگیں بالعموم کرخت ہوتی ہیں، لیکن بازو محض کاندھوں اور کہنیوں کے پاس ذرا اکڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ انگلیوں کو آزادانہ ہلایا جاسکتا ہے۔ اسوقت تک، عضلاتِ مضغیہ کے انقباض کے باعث جبڑا بالعموم مضبوطی کے ساتھ جکڑ جاتا ہے، اور دانتوں کو ½ انچ سے زیادہ تک علیحدہ نہیں کیا جاسکتا۔ (یہ تنگ بستگی یا دانتی لگنا ہے۔ آخرالذکر نام وہ ہے کہ جس سے مرض عوام میں مشہور ہے)۔ باچھیں باہر کو کھنچ جاتی ہیں

اور ہونٹ قدرے کھل جاتے ہیں۔ بھووں کو جبہی عضلات اوپر کی طرف، اور
عضلاتِ مُکَمّشہ (corrugators) ایک دوسرے کی طرف کھینچ لاتے ہیں۔ چنانچہ
مریض کا بُشرہ ایسا ہوجاتا ہے گویا وہ ایک دردناک کھسیانی ہنسی ہنس رہا ہو جسکو
زہرخندہ (risus sardonicus) کہتے ہیں۔ جب یہ درجہ آجاتا ہے تو پھر
نام نہاد "تشنجات" یا بڑھے ہوئے بلکہ تند و تیز عضلی فعل کے دورے شروع ہوتے 96
ہیں۔ یہ ناگہانی انقباضات ہیں، جو کہ ان تمام عضلات کو جو اب تک تنشی کرختگی
کی حالت میں تھے، متاثر کرتے ہیں۔ دانت زیادہ تندی کے ساتھ بھنچ جاتے
ہیں، زہرخندہ زیادہ نمایاں ہوجاتا ہے، سر کو پیچھے کی طرف ہٹا دیا جاتا
ہے اور پشت زیادہ زور سے کمان نما ہوجاتی ہے۔ سینہ مُثبت ہوجاتا ہے،
اور تنفسی عمل رک جاتا ہے۔ مریض کے منہ سے ایک آہ نکل جاتی ہے۔
یہ درد سے پیدا ہوتی ہے، یا زفیری تشنج کا نتیجہ ہوتی ہے۔ دورہ اکثر اوقات
ایک لمحہ کا لمحہ رہتا ہے، اور اس مدت کو بمشکل ثانیوں میں گنا جاسکتا ہے،
پھر مریض اپنی تنشی انقباض کی پہلی حالت پر لوٹ جاتا ہے۔ یا ایسا ہوتا ہے
کہ دورہ کئی ثانیوں تک رہتا ہے۔ مریض کے چہرہ اور ہاتھ زیادہ زیادہ کبود
اور متورم ہوتے جاتے ہیں، اور تنفس کے رک جانے کی وجہ سے زندگی کے
لئے قریبی خطرہ پیدا ہوجاتا ہے۔ دورہ ہمیشہ شدت کے ساتھ دردناک ہوتا
ہے۔ اس کو بیرونی اسواق، مریض کو چھونا، اس کے بستر کو جھٹکا لگنا، قاساطیر
داخل کرنا یا زیرجلدی اشراب دینا پیدا کردیتا ہے۔ یہ دورے پہلے پہل آدھ گھنٹہ،
ایک گھنٹہ، یا زیادہ کے وقفوں سے ہوتے ہیں۔ لیکن جوں جوں مرض ناموافق
طور پر ترقی کرتا ہے، وہ زیادہ تند و تیز بھی ہونے جاتے ہیں، اور چھوٹے
چھوٹے وقفوں سے بھی ہونے لگتے ہیں۔ دوروں کے درمیان تنشی انقباض کے
باعث کچھ نہ کچھ درد اب بھی موجود رہتا ہے، سانس پورے طور پر آزادانہ نہیں
آتا، اور آواز کمزور ہوتی ہے۔ معکوسات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ نبض
صغیر اور تیز ہوتی ہے، اور دوروں کے دوران میں اور بھی تیز ہوجاتی ہے۔
تپش بالعموم پہلے پہل طبعی ہوتی ہے، اور ممکن ہے آخر تک طبعی ہی رہے۔

بعض اوقات موت سے پہلے یہ ذرا سی زیادہ ہوجاتی ہے۔ بعض اوقات تپش ہروقت طبعی سے اوپر رہتی ہے۔ بعض اصابتوں میں موت سے ذرا ہی پہلے ۱۰۷ یا ۱۰۸ کی تپ مفرط واقع ہوتی ہے، اور یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ موت کے بعد بھی تپش برابر ۱۱۰ تک بڑھتی رہی ہے۔ پیشاب کا اکثر اوقات احتباس ہوجاتا ہے، جس سے قاساطیر کی ضرورت پڑتی ہے۔ احساس بالعموم غیر متاثر رہتا ہے۔ دماغی وظائف بیشتر بالکل طبعی رہتے ہیں، ہاں خاتمہ کے قریب ہذیان واقع ہوسکتا ہے۔ اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں مرض ترقی کرتا ہوا ایک سے لیکر بارہ دنوں میں ہلاکت پر ختم ہوتا ہے۔ دورے زیادہ تند و تیز ہوتے ہیں، اور زیادہ مرتبہ واقع ہوتے ہیں۔ موت، خستگی، یا مزمار کے تشنج، یا تنفسی عضلات کی تثبیت کے باعث ہوتی ہے۔ یا مریض کے خلاف ذات الریہ یا شعبتی التہاب کے اثر کا اضافہ ہوجاتا ہے۔ جیسا کہ مہلک زفن (chorea) اور آب ترسی (hydrophobia) دونوں میں ہوتا ہے عضلی انقباضات بعض اوقات موت سے ۱۸ تا ۲۴ گھنٹے پہلے بالکل موقوف ہوجاتے ہیں۔ چند اصابتوں میں مریض کی زندگی تیسرے یا چوتھے ہفتہ تک اطالت پذیر ہوجاتی ہے۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ صحت یابی ہوجائے۔ تشنجات، اپنی انتہا کو پہنچ جانے کے بعد، رفتہ رفتہ کم کثرت سے واقع ہونے لگتے ہیں۔ عضلات کی ہروقت کی کرختگی کم ہوجاتی ہے، اور تین سے لیکر چھ یا آٹھ ہفتوں میں مریض حالت نقیہیت میں پہنچ جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ ایک اصابت عمومی کرختگی کی حالت میں اپنا پورا مدِ ختم کر ڈالتی ہے، اور اس کے علاوہ کوئی دورہ واقع نہیں ہوتا۔ نہایت شاذ طور پر یہ ہوتا ہے کہ دورے تو ہوتے ہیں لیکن کوئی مسلسل تشنج نہیں ہوتا۔

ترہیم یافتہ یا مقامی کزاز۔ اس شکل میں حضانت کی مدت لمبی ہوجاتی ہے، اور وہ تقریباً آدھی اصابتوں میں تین ہفتہ سے زیادہ ہوتی ہے۔ مرض ان عضلات تک جو کہ زخم سے نزدیک ہوتے ہیں محدود رہتا ہے۔ چنانچہ ایک بازو متاثر ہوسکتا ہے۔ یا ایک یا دونوں ٹانگیں، یا اسوقت جبکہ زخم پر یٹ میں

شکمی عضلات متاثر ہو سکتے ہیں۔ متاثرہ عضلات تشنجی یا رجفی تشنجات ظاہر کرتے ہیں۔ یا ممکن ہے عضلات میں کرختگی اور سختی پائی جائے، اور ان کو حرکت دینے کی قابلیت موجود نہ ہو۔ انقباضات ممکن ہے نہایت ہی دردناک ہوں۔ مقامی کزاز چند دن کے بعد پھیل جاتا ہے۔ چنانچہ اگر پہلے ایک جارحہ متاثر ہے، تو بعد میں مرض دوسرے جارحہ کو ماؤف کر سکتا ہے۔ ممکن ہے یہی کزاز عمومی ہو جائے، اور فک بستگی پیدا کر دے، جس سے مرض کی مشہور و معروف قسم ہو بہو پیدا ہو جاتی ہے۔

مقامی کزاز کی بعض مخصوص قسمیں بیان کی جاتی ہیں۔ چنانچہ احشائی کزاز (splanchnic tetanus) کا نام ان اصابتوں کو دیا گیا ہے جو کہ احشاء کے اضرار کے بعد پیدا ہوتی ہیں، جیسے شکم یا سینہ کے ناقب زخموں کے بعد۔ یہ قسم تقریباً ہمیشہ تیزی سے مہلک ثابت ہوتی ہے۔ تشنجات ابتلاع اور تنفس کے عضلات تک محدود رہتے ہیں۔ نگلنے کی دشواری اتنی زیادہ ہو جاتی ہے کہ یہ اصابت، آب ترسی کی اصابت سے قریبی طور پر مشابہ ہو جاتی ہے، اس بات میں کہ پانی کا ایک گلاس نظر آجانے پر یا محض اس کا نام سن لینے پر بلعومی تشنجات کا اندیشہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ بالعموم بُہر پایا جاتا ہے۔

قیفالی کزاز (cephalic tetanus) کا نام ان اصابتوں کو دیا گیا ہے جو کہ سر یا چہرے کے تضررات سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس قسم کی چار شکلیں بیان کی جاتی ہیں۔ (ا) ایک وہ ہے جس میں شلل بالکل نہیں ہوتا۔ لیکن اس
97 میں عسر البلع اور بُہر موجود ہوتے ہیں، اور عسر البلع اس درجہ تک پہنچ سکتا ہے کہ آب ترسی سے قریبی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ (ب) ایک دوسری عینی کزاز (ophthalmic tetanus) ہے۔ اس میں محرک العین عصب ماؤف ہو جاتا ہے، جس سے استرخاء الجفن (ptosis)، اور بیرونی یا درونی چشمی عضلات کا شلل واقع ہوتا ہے۔ (ج) ایک تیسری شاذ شکل وہ ہے جس میں تحت اللسانی عصب متاثر ہو جاتا ہے۔ اور (د) ایک چوتھی وہ جس میں وجہی عصب

متاثر ہوتا ہے - وجہی شلل واقع ہوجاتا ہے' اور مشلول عضلات میں تشنجات واقع ہوتے ہیں -

تشخیص - کزاز کو سٹرکنین کے تسمم' آب ترسی' شوکی التہاب سحایا' تکزز' عضلی رثیت اور ہسٹیریا سے متفرق کرنے کی ضرورت پڑتی ہے - سٹرکنین کے تسمم میں اطراف اس سے بہت زیادہ حد تک متاثر ہوتے ہیں کہ جتنے کزاز میں - دَورے بیرونی مہیجات کے ذریعہ ہی پیدا ہوتے ہیں' لیکن وقفوں کے دوران میں عضلات ڈھیلے رہتے ہیں - علامات نہایت تیزی سے نمویاب ہوتی ہیں - یہ فک بستگی سے شروع نہیں ہوتیں - آب ترسی میں مسلسل کرختگی نہیں پائی جاتی - تشنجات تنفسی عضلات کو متاثر کرتے ہیں - وہ پینے کی کوشش سے یا سیالات نظر آنے سے پیدا ہوتے ہیں - بالعموم ذہنی اضطراب بلکہ مانیائی جوش موجود ہوتا ہے - شوکی التہاب سحایا میں بھی فک بستگی' ابتدائی علامت نہیں ہوتی' اور مسلسل کرختگی نہیں پائی جاتی - عضلی تشنجات ہلنے جلنے کی کوشش سے پیدا ہوتے ہیں - تپش شروع ہی سے بلند ہوتی ہے - دماغی علامات کا جلد نمودار ہوجانا' کزاز کے خلاف ہے - تکزز میں تشنج کی مخصوص توزیع' اسے کزاز سے متفرق کرنے میں مدد دیتی ہے - عضلی رثیت سے گردن کی پشت میں اکڑ پیدا ہوجاتی ہے' اور بعض حالات میں اس سے اندیشہ پیدا ہوجاتا ہے - لیکن فک بستگی کبھی نہیں پائی جاتی - ہسٹیریا کی شدید شکلوں میں پس تنیدگی اکثر ایک نمایاں خصوصیت ہوتی ہے - لیکن یہ چیز تشنجی حرکات کے ایک سلسلہ کے جزو کے طور پر واقع ہوتی ہے' اور ان حرکات کے بارے میں کوئی غلطی نہیں ہوسکتی - کزاز کی مقامی شکل جو صرف ایک ہی جارحہ کو متاثر کرتی ہے' ضرور ہے کہ اس کو ہسٹریائی شلل سے تمیز کیا جائے -

انذار - حضانت کی مدت جتنی مختصر ہوگی شرح اموات بھی اتنی ہی زیادہ ہوگی - قبل مصلی زمانہ میں' اگر مشاہدات کے کئی ایک آزاد سلسلوں سے

اندازہ لگایا جائے، شرح اموات تمام اصابتوں کی ۸۰ اور ۹۰ فیصدی کے درمیان تھی ۔ پچھلی جنگ میں تمام انگلستانی اصابتوں کی اوسط شرح اموات ۸ و ۵۰ فیصدی تھی ہے۔ اس گھٹی ہوئی شرح کے ساتھ ساتھ حضانت کی مدت میں کافی زیادتی پائی جاتی تھی ۔ یہ سب کچھ حفظ ماتقدمی مصلی اشرابات رائج کرنے کے سبب سے تھا ۔ اصابتوں کے پورے سلسلہ کے تجزیہ سے یہ بات بھی کھلی کہ اس چیز کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ شفا بخش مصلی اشرابات، شرح اموات کو گھٹانے میں کچھ بھی اثر رکھتے ہیں (گولا :Golla) ۔ خالصۃً مقامی کزاز کی شرح اموات قریب قریب صفر تھی ۔

تحریز ۔ تمام زخموں کو جھٹ پٹ صاف کردینا چاہیئے یا کاٹ کر خارج کردینا چاہیئے ۔ سرایت کے امکانات کو گھٹانے کے لئے دافعات عفونت، یہانتک کہ طاقتور کاربالک ایسڈ، کا استعمال مفید ہے ۔ جنگ و جدال میں اور مدنی زندگی میں، اگر زخم گہرا یا دریدہ ہو یا کیچڑ یا مٹی میں لت پت ہو، کزاز کے ضد سم کی ۵۰۰ اکائیوں کا زیر جلدی طور پر جلد از جلد اشراب کردینا چاہیئے ۔ چونکہ اس معتاد سے پیدا کیا ہوا تحفظ بظاہر دس دن سے زیادہ نہیں رہتا، عفونی زخموں کی صورت میں سات دن کے بعد ایک دوسرا اشراب دینا چاہیئے۔ استثنائی اصابتوں میں اسی وقفہ سے ایک تیسرا بلکہ چوتھا اشراب دیا جاسکتا ہے ۔ انہی حالات میں ضد سم کو زخموں پر مقامی طور پر بھی لگایا گیا ہے۔ جب ثانوی عملیات کرنے کی ضرورت پیش آئے تو ایسی صورت میں لیشمین (Leishman) اور سمال مین (Smallman) کی سفارش یہ ہے کہ عملیہ سے ۴۸ گھنٹہ قبل، عملیہ کے مقام کے گرداگرد ضد سم کے اشرابات کردینے چاہئیں۔ یہ تقریباً ۱۰۰۰ اکائیوں کی حد تک کرنے چاہئیں ۔ انہی صاحبوں کی یہ رائے ہے کہ بڑے بڑے اعصاب کے غلافوں میں بھی اشراب کردینا چاہیئے ۔

علاج ۔ مریض کو آرام کی حالت میں رکھنا چاہیئے ۔ بہترین یہ ہے کہ اس کو ایک تاریک اور بالکل خاموش کمرے میں رکھدیا جائے، تاکہ وہ نظر اور آواز کے تمام تاثرات سے بچا ہوا رہے ۔ جبڑوں کے بند ہونے کی وجہ سے

ممکن ہے انفی انبوبہ کی راہ سے غذا دینے کی ضرورت پڑے۔ اگر کوئی زخم موجود ہو، تو جب تک کہ کزازی علامات رفع نہ ہو جائیں، اس میں مستعدی سے مداخلت نہ کرنی چاہیئے۔ ایسا کرنے سے تازہ سم رہا ہو جاتا ہے۔

مصل کے شفا بخش فعل پر بڑی بحث ہوئی ہے۔ اعداد و شمار سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مصل زیادہ فائدہ مند نہیں ہوتا۔ لیکن یہ اعداد بہت اطمینان بخش نہیں ہیں۔ بات یہ ہے کہ یہ معاملہ شرح اموات پر حفظ ماتقدمی اشراب کا نہایت ہی موافق اثر ہونے کی بنا پر پیچیدہ ہو گیا ہے۔ تجرباتی شہادت سے اس بات کی پرزور تائید ہوتی ہے کہ مصل اگر جلد دیا جائے تو فائدہ مند ثابت ہوتا ہے اس کے علاوہ یہ کہ اس کے لئے صحیح راستہ، شوکی قنال ہے۔ چنانچہ شرنگٹن
(Sherrington) کے تجربات میں جب ۲۵ بندروں میں کزاز کے سم کا اشراب 98
کیا گیا، اور اس کے ، ۴۴ تا ۸ ، گھنٹہ بعد، یعنی اسوقت جبکہ کزاز کی پہلی علامات ظاہر ہو چکی تھیں، ضد سم کا دروں غلافی اشراب کیا گیا، تو ان میں سے ۱۴ صحت یاب ہوئیں۔ جب ضد سم کی یہی معتاد زیر جلدی طور پر دیگئی تو صحت یابی کی شرح، پچیس میں سے دو تھی۔ جب اسے دروں عضلی طور پر دیا گیا، تو شرح، ۲۵ میں سے سات تھی۔ اور جب اسے کھوپڑی میں زیر جافی طور پر دیا گیا تو یہ شرح دس میں سے صفر تھی۔ اس کے خلاف جب ضد سم کو فہقی قذالی غشاء میں سے دروں غلافی طور پر دیا گیا تو صحت یابی کی شرح بیس میں سے تیرہ تھی۔ جنگ میں مصلی علاج کے نتائج کے بارے میں چونکہ ایک عدم یقین پایا جاتا ہے، لہذا محفوظ ترین طریقہ یہ ہے کہ انہی تجربات سے علاج میں رہنمائی حاصل کی جائے۔ ان سے درجۂ اول پر مصل کے دروں غلافی اشراب کی، اور درجۂ دوم پر دروں وریدی اشراب کی اہمیت ثابت ہوتی ہے۔ ان اشرابات کو حتی الامکان جلد از جلد موقعہ پر دینا چاہیئے۔ استہداف کو روکنے کے لئے ایک عمومی معدم حس دینے کی ضرورت ہے۔ جب تھوڑا سا دماغی نخاعی سیال نکال لیا جائے تو پھر ایک قیف کے ذریعہ جاذبہ کے تحت غلاف کے اندر مصل کو آہستہ آہستہ بہنے دینا چاہیئے۔ موجودہ رجحان یہ ہے کہ دروں غلافی

(برکی کچوکا استعمال کیا گیا ہے)، دروں وریدی اور دروں عضلی طور پر مصل کی بڑی بڑی مقداریں دی جاتی ہیں - ایک اصابت کے لئے نہایت زیادہ یعنی ......۷ اکائیوں کی حمایت کی گئی ہے (32) - نیز میگنیسیم سلفیٹ (magnesium sulphate) (وزن جسم کے ہر ۱۰ کیلوگرام کے لئے ۲۵ فیصدی محلول کا ایک مکعب سنٹی میٹر) کے دروں غلافی اشرابات بھی استعمال کئے گئے ہیں- اس سے ممکن ہے انقباضات زائل ہوجائیں، لیکن اس میں شک ہے کہ اشرابات سے شرح اموات گھٹ جاتی ہے - حال میں کیورارے (curare) بھی استعمال کی گئی ہے، اور نتائج امیدافزا ہیں - اگر ضرورت ہو تو مریض کو مسکنات دینے چاہئیں، مثلاً اورٹین (avertin)، کلورل ہائیڈریٹ، ۳۰ تا ۶۰ گرین براہ دہن، کلوریٹون ۱۰ تا ۱۵ گرین براہ دہن یا ۳۰ تا ۴۰ گرین روغن زیتون میں حل شدہ، براہ مستقیم - لیوس ہیم شفاخانہ (Lewisham Hospital) میں اے ٹیلر (A. Taylor) نے عمومی کزاز کی ایک اصابت کا کامیابی کے ساتھ علاج کیا- اس میں زخم کے بعد چھٹے اور سترہویں دن کے درمیان ...۲۱۴ اکائیاں دروں عضلی طور پر، اور چھٹے، ساتویں اور آٹھویں دن ....۱۲۰ اکائیاں دروں وریدی طور پر دی گئیں، گویا سب ملاکر ....۳۳۴ اکائیاں دی گئیں - اس کے علاوہ اس لڑکے کو ۲۴ گھنٹوں میں ۶۰ گرین کلورل کے اور ۱۲۰ گرین پوٹاسیم برومائیڈ کے دئے گئے-

اگر تنفسی عضلات کے تشنج کے باعث سانس آنا بند ہوجائے تو ڈرنکر (Drinker) کا منفاس (respirator) یا بریگ (Bragg) اور پال (Paul) کا آلہ یا جھولانے کا طریقہ (rocking method) استعمال کرنا چاہئے اسطرح جسطرح کہ حاد التہاب رماد النخاع کے تحت بیان کیا گیا ہے -

گیس گنگرین

GAS GANGRENE

یہ بافتوں کی ایک سرایت ہے جو بعض گیس زا ناہوا باش جراثیم سے

پیدا ہوجاتی ہے۔

بحث اسباب۔ گیس گنگرین قبل دفع عفونتی دنوں میں ایک عام چیز تھی۔ دفع عفونت اور عدم عفونت اچھی طرح رائج ہوجانے کے بعد یہ چیز شفاخانوں میں نہایت ہی شاذ ہوگئی۔ پھر بھی یہ حالیہ جنگ میں کئی مرتبہ دیکھی گئی اس میں ایسا ہوتا تھا کہ وہ جراثیم جو کہ اکثر خاک دھول میں موجود ہوتے تھے بندوق کی گولی، اور بالخصوص بم کے گولوں کے زخموں کے ذریعہ بافتوں میں گھس جاتے تھے۔ کئی ایک مختلف جراثیم پائے گئے ہیں، لیکن سب سے اہم یہ ہیں۔ عصیۂ ہادمہ (Bacillus perfringens) (یہ اور ویلشس کا عصیۂ گیس آفرین کیسہ دار :B. aerogenes capsulatus ایک ہی ہیں)، عصیۂ اذیما (B. œdematiens) اور عفونی رُعیشہ (Vibrion septique)۔

علامات۔ ابتدائی درجوں میں جلد طبعی دکھائی دیتی ہے۔ پھر جارحہ متورم ہوجاتا ہے اور جلد تن جاتی ہے۔ جوں جوں گیس اکٹھی ہوتی ہے قرع کرنے پر ایک گمگ دار آواز سنائی دیتی ہے، اور تکتکے موجود ہوتے ہیں۔ ارغوانی رنگ کے رقبے نمودار ہوجاتے ہیں، اور ایک دوسرے کے ساتھ گھل مل جاتے ہیں۔ ایسے آبلے موجود ہوتے ہیں جن میں متغیر شدہ خون سے رنگا ہوا سیال پایا جاتا ہے۔ آخرکار ارغوانی رنگت بدلکر تاریک زرد و سبز ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ لاشعاعوں سے تشخیص کا ابتدائی ترین ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ شعاع نگاشتوں میں شفاف رقبہ جات جو گیس کے اجتماعات سے متناظر ہوتے ہیں نظر آتے ہیں۔ یہ عضلی ریشوں کے ساتھ ساتھ مرتب ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

انذار۔ یہ عملی طور پر یاس انگیز ہوتا ہے۔ یہ دوہری بات ہے کہ جلد ہی مستعدی کے ساتھ علاج شروع کردیا جائے۔

تجربز یہ ہے کہ ملوث شدہ زخموں کا استیصال کردیا جائے، اور نوعی

ضد مصل کا حفظ ما تقدمی اشراب کیا جائے ۔

علاج ۔ یہ خاص طور پر جراحی ہوتا ہے ، اور یہ ہے کہ متاثرہ عضلات کا
99 استیصال کردیا جائے ، یا بتر عمل میں لایا جائے ۔ مصلی اشرابات سے تجربۃً اچھے نتائج حاصل ہوتے ہیں (بل : Bull)۔

وہ امراض جو کہ فطرات سے پیدا ہوتے ہیں

(فطریتیں : Mycoses)

فطرات ایسے رشتی پودے ہیں جو سادہ خلوی ساخت رکھتے ہیں۔ یہ دو حصوں کے بنے ہوئے ہوتے ہیں ، یعنی فطری جالوں اور بذرات کے ۔ فطرات کی جماعت بندی موجودہ حالت میں نہایت دشوار ہے (59) ۔ طفیلیتی جلدی فطریتیں (dermatomycoses) کسی دوسری جگہ بیان کی گئی ہیں۔

شعاع فطریت

ACTINOMYCOSIS

شعاع فطریت کا نام ایک ایسے اریکی سلعی ضرر کو دیا گیا ہے جس سے تمثیلی "گندھک کے ذرات" حاصل ہوتے ہیں - یہ خالی آنکھ کو نظر آ سکتے ہیں ، یہ فطریت نتیجہ ہے شعاعی فطر کا ، جو کہ سبجی شعریہ کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے ، اور جس کو شعاع فطر بقری (Actinomyces bovis) کہتے ہیں (وولف اسرائیل : Wolff Israel)۔ ۱۸۷۸ء میں اسرائیل باشندۂ برلن نے انسان میں پہلی اصابتوں کو بیان کیا۔ ۱۸۷۹ء میں پانفک (Ponfick) نے انسانی اصابتوں اور ان اصابتوں کو جو کہ مویشیوں میں واقع ہوئی تھیں ایک ثابت کیا۔

شعاعی فطرات تودے بناتے ہیں - یہ تودے خالی آنکھ کو زرد ، سبزی مائل زرد ، یا خاکستری دکھتے ہوئے ، کروی ، ذراتی جسم نظر آتے ہیں ، جن کو "گندھک کے ذرات" کہتے ہیں - یہ قطر میں ½ تا ۱ ملی میٹر ہوتے ہیں خوردبین

کے نیچے یہ باریک بُنے ہوئے فطری جال کے ڈوروں کے ایک مرکزی تودہ پر، اور گرز نما اجسام کی ایک بیرونی تہ پر مشتمل نظر آتے ہیں ۔ گرز نما اجسام نیم قطری صورت میں مرتب ہوتے ہیں اور اس طرح کرنوں کا منظر پیدا کرتے ہیں، اور یہ چیز عضویہ کی وجہ تسمیہ ہے ۔ یہ سارے کا سارا تودہ سفید خلیات کے خول سے گھرا ہوا ہوتا ہے ۔ عضویہ ناہوا ہاش طریقہ سے بڑھتا ہے، اور ایک غیر ترشہ قائم (non-acid fast) عصیہ ہے ۔

شعاع فطر بقری (actinomyces bovis) منہ کے اندر کا ایک گندہ نبات ہے جو خاص طور پر عفونت زدہ دانتوں کے گرد بالیدگی پاتا ہے ۔ یہ غشاء مخاطی کے کسی تضرر کے باعث اندر گھس جاتا ہے ۔ یہ تضرر ممکن ہے کہ کسی جسم غریب، مثلاً جَو کے دانے یا پوال کے تنکے کی وجہ سے پیدا ہوجائے ۔ مزید براں اس بات کی سریری شہادت موجود ہے کہ عفونی دانت کے اخراج کے بعد شعاع فطریت پیدا ہوگئی ہے ۔ صدری شعاع فطریت ایک دانت کے قصبۃ الریہ میں اتفاقی طور پر کھو جانے کے بعد پیدا ہوگئی ہے ۔ ایک مریض میں جس نے گھونسا مار کر اپنے دشمن کا دانت نکال دیا تھا ڈگیوں کی سرایت واقع ہوگئی ۔ یہ عضویہ، ہمیشہ ایک گرام منفی عصیہ شعاع فطرا موافق (Bacillus actinomycetum comitans) کے ہمراہ بالیدگی پاتا ہے ۔

جب عضویہ ایک مرتبہ اندر گھس جاتا ہے، تو یہ غذائی یا تنفسی گزرگاہوں کی سطح کے کسی نقطہ سے چپک جاتا ہے ۔ یہاں سے یہ زیادہ گہرے حصوں میں نفوذ کر جاتا ہے، اور جسم کے مختلف حصوں میں مقامی اضرار پیدا کر دیتا ہے ۔ یہ اضرار بیشتر التہابی تغیرات پر مشتمل ہوتے ہیں جو کم و بیش شدت کے ہوتے ہیں اور ذرات کے گرد پیدا ہوجاتے ہیں ۔ اس طرح ان سے آہستہ آہستہ بڑھنے والی رسولیاں پیدا ہوجاتی ہیں، جو آخر میں متقیح ہوکر ٹوٹ پھوٹ جاتی ہیں اور مواد خارج کرتی ہیں ۔ کسی ایک مقام پر، مثلاً جگر میں، طفیلیہ کے متواتر بڑھتے رہنے اور متکاثر ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بڑے بڑے سلعات بن جاتے ہیں ۔ یہ قطر میں تین یا چار انچ ہوتے ہیں، اور ایک قسم کی کہفکی

بافت پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس کی ہمکیں تو لیف آسا ہوتی ہیں، اور فضاؤں کے اندر پیپ پائی جاتی ہے جس میں فطر کے زرد زرد ذراتی تودے ڈھیلے پڑے ہوتے ہیں۔ مرض کی ایک عجیب وغریب خاصیت وہ طریقہ ہے کہ جس سے عرصۂ دراز تک اضرار، قرب کی وجہ سے ایک بافت سے اگلی بافت میں پھیلتے رہتے ہیں۔ کبھی کبھی عضویہ عروق کے ذریعہ دور دراز کے حصوں میں پہنچ جاتا ہے، اور سرایت کے ذریعہ اس سے زیادہ وسیع طور پر پھیلا ہوا جماؤ بھی واقع ہوسکتا ہے۔ یہ چیز ممیز ہے کہ لمفی غدے شاذ و نادر ہی متاثر ہوتے ہیں۔

علامات اور مم۔ یہ منحصر ہوتے ہیں اس پر کہ اولی حملہ کس جگہ واقع ہوتا ہے۔

اوپری قسم میں، بالعموم سب سے پہلے زیر فکی، نکفیتی یا قصی حلمی خطہ میں ایک رسولی دکھائی دیتی ہے۔ بعض اوقات یہ جسم کی سطح پر کسی دوسری جگہ دیکھی جاتی ہے۔ یہ رسولی سخت ہوتی ہے، اس سے جلد متاثر نہیں ہوتی، اور اس کا مم مزمن ہوتا ہے۔ وقتاً فوقتاً یہ جسامت میں بدلتی رہتی ہے۔ یہ پھیلنے کا رجحان رکھتی ہے، اور اپنے راستہ میں کچھ عرصہ کے لئے سخت بافت کا ایک تنگ بند چھوڑتی جاتی ہے۔ آخرکار جلد بھی ماؤف ہوجاتی ہے۔ مبہم تموّج (fluctuation) محسوس ہوتا ہے۔ ایک پتلا سا مصلی قیحی بے بو سیال جس میں گندھک کے ذرات ہوتے ہیں خارج ہوتا ہے۔ اس سے ایک ناسور بن جاتا ہے جو شاذ و نادر ہی بند ہوتا ہے بلکہ لگاتار منفتح رہتا ہے۔ اس سے ذرا سا افراز بھی آتا ہے۔ عنقی وجہی خطہ میں فک بستگی ایک ممیز علامت ہے۔ ممکن ہے ضرر ایک جوفیزی خراج سے مشابہ نظر آئے (38)۔ ممکن ہے یہ زیریں جبڑے کے جرم میں بن کر ہڈی کو پھیلا دے۔ بلعوم کے ذریعہ جمجمہ کے قاعدہ میں یا واسطہ میں پھیل جانے کا بھی امکان ہے۔ ہڈی کو چھید کر نکل جانے سے واسطی پھوڑے اور فقرات کا تاکل پیدا ہوگیا ہے۔ 100

معوی شعاع فطریت، سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ اعور یا

زائدہ دودیہ کو متاثر کرتی ہے - اس میں غشاء مخاطی کی سطح پر سفیدی مائل مادہ کی چکنیاں نظر آتی ہیں جو زرد اور بھورے ذرات سے ڈھکی ہوتی ہیں - یہ چکتیاں $\frac{2}{5}$ انچ قطر کی اور $\frac{1}{5}$ انچ موٹی ہوتی ہیں - یہ غشاء مخاطی سے مضبوطی کے ساتھ چپکی ہوتی ہیں - مرض سے معائی دیوار کے جرم میں بھی ورم پیدا ہو سکتے ہیں - یہاں سے مرض دیوار کو چھید کر باریطونی کہفہ میں پہنچ جاتا ہے، یا انضمامات کے ذریعہ ہم پہلو احشا پر، یا شکمی دیوار پر تقریباً کسی نقطہ پر بھی حملہ آور ہو سکتا ہے - معائی اصابتوں میں جگر اکثر ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جاتا ہے - ایسی صورت میں اس میں



تصویر - جگر کی مبہمی تراشش یسپا نجیلی کا لختہ، شعاع فطریت کی وجہ سے شہد کے چھتہ کی مانند، سوراخ دار نظر آتا ہے -

بڑے بڑے نمایاں تودے پائے جاتے ہیں، جو مذکورہ بالا ساخت رکھتے ہیں - سریری طور پر ایسے سلعات، کبدی خراجات کی خصوصیتیں ظاہر کرتے ہیں - ان کے ساتھ مقامی درد، الیمیت، متفرق تپ اور لرزے پائے جاتے ہیں -

جب شعاع فطریت پھیپھڑوں کو ماؤف کرتی ہے تو علامات التہاب شعبتی یا ذات الریہ کی ہوتی ہیں - اول الذکر صورت میں گندیدہ شعبتی التہاب سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے - بساق دو تہوں میں بٹ جاتا ہے، جن میں سے بالائی شفاف اور زیرین تہ گدلی ہوتی ہے - آخر الذکر میں شعاعی فطر

پایا جاتا ہے۔ اگر پھیپھڑے کا جرم ماؤف ہوجائے، تو ذات الریہ چکیتوں کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ مریضوں کو کھانسی آتی ہے اور وہ دبلے ہوجاتے ہیں۔ نفث گاڑھا اور مخاطی ریمی ہوتا ہے جس میں تمثیلی ذرات پائے جاتے ہیں۔ یا وہ لزج، نیم شفاف، اور زنگ آلود ہوتا ہے، اسی طرح جس طرح کہ ذات الریوی بساقات ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات سل ریوی سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے۔ لیکن پھیپھڑوں کے موخر اور جانبی حصے ماؤف ہوتے ہیں، راس متاثر نہیں ہوتے۔ لازماً بساق درنی عصیات سے پاک ہوتا ہے۔ اگر التہابی اضرار سطح تک پہنچ جائیں، تو وہ ذات الجنب یا التہاب گرد قلبہ پیدا کردیتے ہیں۔ انصباب واقع ہوتا ہے، یا پھیپھڑا سینہ کی دیوار سے چپک جاتا ہے۔ پھر یہ دیوار بھی ماؤف ہوجاتی ہے اور آخرکار نرم، بکھرے ہوئے التہابی ورم سینہ پر نمودار ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے یہ متموج ہوں، اور ٹوٹ پھوٹ جائیں، اور ایک ریمی سیال خارج کریں جس میں فطر پایا جائے۔ ایسا بھی ہوتا ہے کہ پھیپھڑے سے عضویہ کا راستہ ڈایا فرام میں سے ہوکر شکم میں نکل جاتا ہے یا ڈایا فرام کے پیچھے سے عضلہ خصریہ اور عضلہ حرقفیہ میں پہنچ جاتا ہے۔ یا پسلیوں کے درمیان سے سینہ کی سطح پر آجاتا ہے۔ اسی قسم کی ایک اصابت پرنگل (Pringle) نے بیان کی ہے اور اس میں جلد ثانوی طور پر ماؤف ہوگئی تھی۔ اس میں سینہ کی پشت پر بڑی بڑی، نرم، گوشت کی طرح کی لحمی سلعہ نما، بالیدیں موجود تھیں۔ یہ چتی دار، ارغوانی مائل سرخ اور زرد رنگت کی تھیں۔ یہ نہایت ہی پتلی جلد سے ڈھکی ہوئی تھیں۔ ان میں چھوٹے چھوٹے تقرحی فتحات نظر آتے تھے جن سے ایک چکٹا سیال رستا تھا۔

ان بالیدوں میں ایک ریمی سیال بھرا ہوا تھا جس میں شعاع فطری ذرات موجود تھے۔ یہ اعمال عام طور پر نہایت ہی سست ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ مختلف اصابتوں میں تپ کی اختلاف پذیر مقداریں پائی جاتی ہیں۔

جلد کی اولی سرایت زدگی بہت ہی شاذ تر ہے۔ شعاع فطر، مدورا پائی 101
ایک سفید قسم کا سبب ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 1028)۔ نیز عورتتا کے

تناسلی خطہ کی راہ سے سرایت زدگی، جس میں مبیضوں اور فالوپی انبوبوں میں مرض کی توسیع ہوگئی، درج کی گئی ہے۔ شعاع فطری التہاب سحایا بھی معلوم ہے (39)۔

تشخیص - تشخیص کا خیال، ان متصلب اضرار سے آتا ہے جو کہ تقریباً غیر دردناک ہوتے ہیں اور آہستہ آہستہ ترقی کرتے ہیں - آس پاس کی بافت قرع کرنے پر ایک مخصوص "چوبی" مزاحمت پیش کرتی ہے - مرض کو قطعی طور پر صرف اسطرح شناخت کیا جاسکتا ہے کہ پیپ میں، یا ناسوروں کی اریکہ دار سطح پر، یا بساق یا پیشاب میں گندھک کے ذرات پائے جائیں - ان کو ڈھونڈنے میں کسیقدر احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے - پانی سے آدھی بھری ہوئی ایک امتحانی نلی لینی چاہئے جس میں ایک ڈاٹ لگی ہوئی ہو - اگر اس کے اندر پیپ کے چند قطرات کو زور سے ہلایا جائے، اور نلی کو روشنی کے سامنے رکھا جائے تو ذرات دکھائی دینگے - ان میں سے ایک ذرہ لیکر اس کو ایک تختی پر رکھدیا جاتا ہے اور محافظ شیشہ کے ذریعہ ہلکے سے کچل دیا جاتا ہے - اس کے بعد ایک ادنیٰ طاقت کے عدسہ کے ذریعہ دیکھنے سے ممیز شعاع انگیز ساخت نظر آئیگی - اگر اور زیادہ کچلا جائے تو فطر جال کے رشتک بھی نظر آجائیں گے - یہ گریم (Gram) کے طریقے سے کسیقدر بے قاعدگی کے ساتھ رنگ قبول کرتے ہیں - آخر میں، عضویہ کی ناہموا باش کاشتیں کرنی چاہئیں -

انذار - موت، حیوی ساختوں میں براہ راست پھیلاؤ سے، عمومی تقیح الدم سے، یا نشا آسا مرض سے ہوجاتی ہے - ان ۱۰ اصابتوں میں سے کہ جن میں چہرہ یا گردن متاثر ہوئی تھی، ۹ میں صحت یابی ہوگئی - تاہم صدری اور شکمی اصابتوں میں انذار خراب ہوتا ہے (کول بروک :Colebrook)-

علاج - اگر ممکن ہو تو پہلے جراحی تدابیر اختیار کرنی چاہئیں ریسولیوں میں متعدد شگافات دینے چاہئیں - اریکہ دار سطحوں کو خشک گاز کے پھاروں سے رگڑ کر اچھی طرح صاف کر ڈالنا چاہئے - ان کے لئے

تیز مجرف (curette) استعمال نہ کرنا چاہیئے' کیونکہ اس سے آس پاس کی تندرست بافت کو تضرر پہنچتا ہے - پوٹاسیم آیوڈائیڈ' شعاع فطریت کے علاج میں ایک قوی اثر کا مالک ہے' اور اس کے استعمال سے نہایت ہی حیرت انگیز نتائج حاصل ہوتے ہیں - یہ دو' تین یا چار ڈرام روزانہ کی حد تک دینا چاہیئے - اسے ۲۴ گھنٹوں میں دو یا تین گھنٹہ کے مختصر وقفوں سے دینا' اسے دو یا تین خوراکوں میں یا طویل تر وقفوں سے دینے کی نسبت بہتر ہے - جدرینات اور ارسینوبنزال (arsenobenzol)' وہ دوسری تدابیر ہیں جو کہ کام میں لائی گئی ہیں عمیق لاشعاعی علاج اپنے اندر فائدہ رکھتا ہے - چونکہ یہ عضویہ ناہواباش ہے' اس لئے آکسیجن کا مقامی اشراب' یا مسلسل استنشاق آزمایا جاسکتا ہے -

بذر شعریت (Sporotrichosis) - بذر شعریہ (Sporotrichum) کی بے شمار مختلف نوعیں بیان کی گئی ہیں' اور ان کی جماعت بندی ہرگز مکمل نہیں کہی جاسکتی - بذر شعریہ شینکی (S. schencki) ان میں سب سے زیادہ مشہور ہے - پیپ میں طفیلیے' بیضوی اجسام کی طرح نظر آتے ہیں - یہ ۲ تا ۴ مکران لمبے اور ۱ تا ۳ مکران چوڑے ہوتے ہیں' اور اکثر بڑے یک نواتی سپید خلیات کے اندر واقع ہوتے ہیں - پوٹاسیم ہائیڈروکسائیڈ (۲۰ فیصدی) کے دو یا تین قطروں کا جب ان پر عمل کرایا جاتا ہے تو یہ خردبین کے نیچے' باریک' مفصول' فطر جالوں کا ایک الجھا ہوا تودہ نظر آتے ہیں' جن کے رشتکوں کے سروں پر بیضوی بذرات پائے جاتے ہیں - بذر شعریات' سرایت زدہ زمین سے خراشیدہ جلد کے ذریعہ' باربیری کی جھاڑی (barberry shrub) کا کانٹا چبھنے سے' کاٹنے والے کیڑوں سے' یا ملوث غذا کے کھانے سے بافتوں میں داخل ہوجاتے ہیں -

علامات - مقامی لمفی عروقی التہابی بذر شعریت میں اولی ضرر بالعموم ہاتھ کو متاثر کرتا ہے - یہ برجلد یا ادمہ کی کسی سرایت زدہ خراشیدگی کے باعث ہوتا ہے - ہفتوں یا مہینوں کے ایک اختلاف پذیر عرصہ کے بعد

ایسا ہوتا ہے کہ لمفی عروق کی غیر دردناک، حبل نما، دبازت نمودار ہوتی ہے اور اس کے ممر کے ساتھ ساتھ متعدد زیر جلدی صمغیات پائے جاتے ہیں۔ عمومی انتشار شاذ ہے۔ جلدی قسم (cutaneous type) میں آغاز غیر محسوس ہوتا ہے، اور مقامی اضرار بالعموم غیر دردناک ہوتے ہیں۔ واحد، زیر جلدی صمغیات کے نمودار ہونے میں کئی مہینے لگ جاتے ہیں، یا یہ فصلوں میں یا تیز توالی کے ساتھ نمودار ہوتے ہیں۔ تقرح اور اس کے ساتھ پیالہ نما قرحات کا بنجانا ممکن ہے واقع ہو یا نہ ہو۔ ارتفاع تپش، اور تسمم الدم کے دیگر ظواہر بالعموم ناپید ہوتے ہیں۔ جب بالائی غذائی خطہ[1] کی غشاء مخاطی متاثر ہوگئی ہو تو حنجرہ کا تقرح، ہلاکت پر ختم ہوسکتا ہے۔ معائی مخاطیہ کی ماؤفیت اسہال کا موجب ہوتی ہے یا اسکا موجب نہیں ہوتی۔ اس اسہال کیساتھ پاخانہ میں خون اور مخاط پایا جاتا ہے۔

نظامی ماؤفیت، جلدی، مخاطیتی، یا عظمی اضرار کے ہمراہ پائی جاتی
ہے۔ بالعموم اس کا ممیز خاصہ، بخار ہوتا ہے جو کہ ناگہانی آغاز رکھتا ہے،
نیز جاڑا لگنا، لرزے، ہضمی اختلالات، ثانوی عدم دمویت اور لاغری پائی
جاتی ہے۔ تعدیل پسند کثرت خلیات ابیض، نمایاں ہوتی ہے۔ کل شمار زندگی
فی سنٹی میٹر ۱۵۰۰۰ سے لیکر ۳۰۰۰۰ تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ التہاب سحایا 102
نحیف (leptomeningitis) شاذ ہوتا ہے۔

تشخیص - اس کا انحصار، پیپ میں یا دماغی نخاعی سیال میں بذر شعریوں کا مظاہرہ کرنے یا تطعیم کے ذریعہ معملی جانوروں میں مرض دوبارہ پیدا کرنے پر ہوتا ہے۔ **انذار** - جلد تشخیص کرنے اور علاج کرنے کی بڑی اہمیت ہے۔ مزمن اصابتیں جن میں مقامی اضرار ہوتے ہیں بالعموم صحت یاب ہو جاتی ہیں۔ وہ جن میں نظامی ظواہر اور شدید بخار ہوتا ہے، اور جن میں بلعوم اور بالائی تنفسی خطہ ماؤف ہوتا ہے بُرے نتائج رکھتی ہیں۔

---

[1] مترجم کی رائے میں بالائی غذائی خطہ کی بجائے بالائی تنفسی خطہ ہونا چاہئے۔

علاج ۔ پوٹاشیم آیوڈائیڈ بڑھتی ہوئی خوراکوں میں تحمل کی حد تک دینا چاہئے، اور جب مرض کی تمام امارات غائب ہوچکی ہوں اس کے بعد کم از کم چھ ہفتہ تک جاری رکھنا چاہئے (جیکب سن :Jacobson)۔مقامی پھوڑوں کا امتصاص عمل میں لانا چاہئے، اور لوگال (Lugol) کے محلول کے ذریعہ ان کی آبیاری کردینی چاہئے ۔لاشعاعیں بھی کام آسکتی ہیں ۔

نموضی فطریت (Blastomycosis)-(شکاگو کا مرض Chicago Disease: گلکرایسٹ کا مرض :Gilchurist's disease)۔بیشتر صنعتی طبقہ کے مرد متاثر ہوتے ہیں، اگرچہ ہر عمر اور صنف کے لوگ اثر پذیر ہوتے ہیں یہ مرض دنیا کے ہر حصہ میں ہوسکتا ہے، تاہم شکاگو میں خاص طور پر پھیلا ہوا ہے ۔بعض مشاہدین کا خیال ہے کہ ایسا ایک ہی نموضی فطر (Blastomyces) ہے جو کہ نموضی فطریت پیدا کرتا ہے ۔لیکن دوسرے مشاہدین بتاتے ہیں کہ ایسے دو نموضی فطر ہیں، نموضی فطر امائٹس (B. immitis) اور نموضی فطر ڈرمٹا یٹا یڈ یز (B. dermatitides) ۔ جب نموضی فطریتی پیپ پر ۲۰ فیصدی پوٹاسیم ہائیڈرو آکسائیڈ کے ایک یا دو قطروں کا عمل کرایا جائے تو خوردبین کے نیچے یہ فطرات، بیضوی یا گول گول نہایت عاطف اجسام کی مانند نظر آتے ہیں ۔ یہ اجسام قطر میں ۵ تا ۲۰ کران ہوتے ہیں، اور ان کے اندر خالیات اور ذرات پائے جاتے ہیں ۔کلیانے والی شکلیں اکثر دیکھی جاتی ہیں ۔

علامات ۔سریری تصویر نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتی ہے ۔ممکن ہے جسم کا کوئی بھی عضو یا بافت متاثر ہوجائے ۔ اولی جلدی اضرار کو ذیلی طور پر بثوری تقرحی، حلیمی سلعی اور صمغیتی قسموں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے ۔ ان سے مقامی طور پر بے آرامی اور درد پیدا ہوجاتا ہے، لیکن جب تک نظامی ماؤفیت نہ پائی جائے کوئی عمومی خصوصیتیں نہیں پائی جاتیں ثانوی جلدی اضرار، بالعموم بے ڈھنگے اوپری قرحات کے طور پر ظاہر ہوتے ہیں جن کے نرم اریکہ دار قاعدے ہوتے ہیں، جو پپڑیوں سے ڈھکے ہوئے

ہوتے ہیں - یہ خود بخود مندمل ہو سکتے ہیں - عمیق تر پھوڑے بھی بنجاتے ہیں، جو تقرح پیدا کرتے ہیں یا ناسور بنا دیتے ہیں - بعض اوقات یہ عضلات اور ہڈیوں میں تباہ کن اضرار کے ساتھ ربط رکھتے ہیں -

نظامی نہوضی فطریت میں وسیع طور پر پھیلی ہوئی احشائی ماؤفیت پائی جاتی ہے - اس کے ساتھ جاڑا لگنا اور بخار پایا جاتا ہے، اور سریری تصویر حاد یا تحت الحاد تقیح الدم سے ملتی جلتی ہے - آغاز کا اسلوب اختلاف پذیر ہوتا ہے - بعض اوقات یہ نہایت ہی یکایک اور حاد ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں یہ خفیف یا غیر محسوس ہوتا ہے - پھیپھڑے ۹۵ فیصدی اصابتوں میں ماؤف ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ ذات الجنب اور ذات الریہ کی علامات اور امارات پائی جاتی ہیں - کلوی ماؤفیت سے التہاب گردہ یا التہاب گردہ و حوض گردہ کی خصوصیات پیدا ہو جاتی ہیں - مرکزی نظام عصبی کے ماؤف ہونے سے التہابی سحائی علامات پیدا ہو جاتی ہیں - اسی طرح نہوضی فطریتی التہاب مغز استخواں، التہاب گرد عظمہ اور التہاب مفاصل پیدا ہو سکتے ہیں - نیز زبان، حنجرہ اور پستانی غدوں کا ماؤف ہونا مندرج کیا گیا ہے -

تشخیص - جلدی یا نظامی نہوضی فطریت میں تشخیص اس پر منحصر ہوتی ہے کہ پیپ، ریوی رشحہ یا دماغی نخاعی سیال کے اندر کلیاتا ہوا لہنی فطر ظاہر کیا جائے - فی سنٹی میٹر ۱۵۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰ کی نمایاں کثرت خلیات ابیض جس کے ساتھ تعدیل پسند ذراتی خلیات میں مطلق اور اضافی بڑھوتری پائی جائے، ایک ممیز چیز ہے - **انذار** - مر اختلاف پذیر ہوتا ہے - یہ مقامی جلدی اقسام میں بالعموم سلیم ہوتا ہے - لیکن اگر اس حالت کا ٹھیک طور پر علاج نہ کیا جائے تو یہ فطرات اور نکسات کے وقفے ہو ہو کر سالوں تک قائم رہتی ہے - نظامی قسمیں ہمیشہ تشویشناک اہمیت رکھتی ہیں - **علاج** - نہوضی فطریت کی مقامی قسموں کا علاج، اگر قابل عمل ہو، تو بکواۃ یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کی برف کے ذریعہ کلی استیصال کے ذریعہ کرنا چاہیے، اور اندرونی طور پر

پوٹاسیم آیوڈائیڈ کو تحمل کی حد تک دینا چاہیئے۔ ریڈیم اور لاشعاعوں کے ذریعہ مقامی علاج سے، اسوقت جبکہ اس کے ساتھ آیوڈائیڈز ممزوج کیئے جائیں، بعض اصابتوں میں اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

نظامی نہوضی فطریت کا علاج ہمیشہ کٹھن ہوتا ہے۔ تازہ ہوا، کافی آرام، اور ایک تغذیہ بخش خوراک اہم ہیں۔ تمام اصابتوں میں آیوڈائیڈز پوری خوراکوں میں دینے چاہئیں۔ صبغیہ آیوڈین ۵ قطرے دن میں تین مرتبہ اور اس کو ہر روز ایک قطرہ بڑھا کر تحمل کی حد تک دینے کا بھی مشورہ دیا گیا ہے۔ نہوضی فطر کی جدرینات سے جن کو ۱۰۰° س پر ہلاک کیا گیا ہو امیدافزا نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

103

ٹارولی مرض (Torulosis) ۔ عمر اور نسل، مرض کے حدوث پر کچھ بھی اثر نہیں رکھتے۔ تاہم مرض مردوں میں عورتوں کی بہ نسبت زیادہ عام ہے۔ اس کا فطر (ٹارولاء نسیج پاش :Torula histolytica) ایک لبن نما عضویہ ہے۔ یہ صرف کلیاؤ کے ذریعہ باز تولید کرتا ہے، فطری جال اور محفظی بذرات بالکل نہیں پیدا کرتا، شکروں کی تخمیر نہیں کرتا، اور مرکزی نظام عصبی اور پھیپھڑوں کے لئے رغبت ظاہر کرتا ہے (جیکب سن)۔ بساق، پیپ، یا دماغی نخاعی سیال میں یہ عضویات کروی یا بیضوی اجسام کے طور پر نظر آتے ہیں، جو قطر میں ۳ تا ۱۵ مکران ہوتے ہیں۔ ان کو ایک خلوی دیوار گھیرے ہوئے ہوتی ہے۔ طفیلیات پر لمفی خلیات کا دھوکا ہو جاتا ہے۔ اسوجہ سے مشتبہ اصابتوں میں یہ ہمیشہ قرین مصلحت ہوتا ہے کہ دماغی نخاعی سیال سے کاشتیں بنالی جائیں۔ ان کاشتوں کا امتحان کم از کم دس دن کی مدت تک کرتے رہنا چاہیئے (جیکب سن)۔

علامات ۔ حضانت کی مدت نامعلوم ہے۔ اس کے ظواہر ممکن ہے مقامی ہوں یا نظامی ہوں۔ دماغی نخاعی نظام اور پھیپھڑوں پر سب سے زیادہ کثرت سے حملہ ہوتا ہے۔ زیادہ شاذ طور پر دوسرے اعضا، جیسے پھیپھڑے، جگر، طحال، گردے، معاء صغیر، اور ماساریقی غدے ماؤف ہو جاتے ہیں۔

متوسط درجہ کی کثرت خلیات ابیض موجود ہوتی ہے ۔ نظامی مرض کے ہمراہ بالعموم بخار ہو جاتا ہے ۔ (۱) مقامی ٹارولی مرض ۔ یہ ایک شاذ مظہر ہے تاہم شوکی زائدوں، حوضی ہڈیوں، انفی فاصل اور زبان کو ماؤف کرنے والے پھوڑے بیان کئے گئے ہیں ۔ (۲) دماغی نخاعی ٹارولی مرض کا ممیز خاصہ متوسط درجہ کا بخار، دردسر، استبصاری اختلالات، ذہنی علامات اور مختلف اقسام کا استرخاء اور شلل ہیں ۔ دماغی نخاعی سیال بڑھے ہوئے دباؤ کے تحت ہوتا ہے ۔ اس کے اندر گلابیولن، سفید خلیات کی افراط اور ٹارولاء نسیج پاش موجود ہوتا ہے ۔ (۳) ریوی ٹارولی مرض ایک تحت الحاد یا مزمن مرض ہے، جس میں ریوی ظواہر پائے جاتے ہیں اس کو تدرن، آتشک، نومایہ اور دوسری ریوی فطریتوں سے گڈمڈ کیا جاسکتا ہے بساق میں ٹارولاء نسیج پاش پایا جاسکتا ہے ۔

تشخیص ۔ یہ صرف سرایتی عامل کا مظاہرہ کرکے کی جاسکتی ہے ۔

انذار ۔ مرض کا ممر حقیقی طور پر تحت الحاد یا مزمن ہوتا ہے، اور اس کی مدت چند ہفتوں سے لیکر دو سال تک ہوتی ہے ۔ مقامی ٹارولی مرض میں اگر استیصالی جراحی برتی جائے تو انذار اچھا ہوتا ہے ۔ لیکن نظامی ماؤفیت والی اصابتیں تقریباً ہمیشہ مرجاتی ہیں ۔ **علاج** ۔ مقامی ضرر کا استیصال، جس کو بہتر یہ ہے کہ برقی مکواۃ کے ذریعہ عمل میں لایا جائے، ایک نہایت ضروری چیز ہے ۔ کوئی معلوم علاج کامیاب نہیں ہوتا ۔ تاہم جیکبسن نے یہ مشورہ دیا ہے کہ لسونتی تانبا آزمائش کے قابل ہے ۔

اسفرجلوسیت (Aspergillosis) ۔ اسفرجلوسیت، بیشتر ایک حرفتی مرض ہے ۔ یہ ان لوگوں میں جو پرندوں جیسے کبوتروں اور طوطوں کو پالتے ہیں، اناج کو چھونے والوں میں، مکان صاف کرنے والوں میں، اور بال چننے والوں میں جو بالوں کو چکنائی سے صاف کرنے کے لئے رئی کا آٹا (rye flour) استعمال کرتے ہیں، عام ہوتا ہے ۔ اسفرجلوس (Aspergillus)

کی اکثر انواع تمامتر گندہ خور ہوتی ہیں۔ اسفرجلوس ستدخینی (A. fumigatus) معین طور پر مرض زا ہے، یہ کاخ کی شرایط کو پورا کرتا ہے یہ زمین میں، اور اس دھول میں جو کہ زراعتی پیداواروں سے نکلتی ہے بمقدار کثیر پایا جاتا ہے۔ متعدد دوسری انواع، جیسے اسفرجلوس فرنبش (A. repens) اور اسفرجلوس مختلف الالوان (A. versicolor) وغیرہ کو، بیرونی کان، جلدی اضرار اور بسافات سے علحدہ کیا گیا ہے۔ لیکن ان کی مرض زائی کا دعوے اسقدر بادلیل نہیں ہے۔ عضویہ ایک ڈنڈی یا خاکچہ بردار کی طرح کہ جس کے ساتھ ایک بذرہ بردار سر ہوتا ہے نظر آتا ہے۔ اس کا مظاہرہ کرنا ہو تو ایک امراضیاتی رشحہ جیسے بساق یا پیپ کو ۲۰ فیصدی کاوی سوڈا کے ایک قطرہ کے ساتھ ملاکر اس کی ایک پتلی فلم (film) بنالینی چاہئے عضویات آلو اور ڈبل روٹی کے ٹکڑے پر آسانی سے اُگتے ہیں۔ ان کو کسی بھی تجربہ گاہی واسطہ پر کاشت کیا جاسکتا ہے۔ اس حالت کو تجربی طور پر جانوروں میں پیدا کیا گیا (45)۔

علامات - جلدی، وسطی اذنی اور ریوی اضرار کے ساتھ سریری طور پر تین گروہ بیان کئے جاتے ہیں۔ جلدی اسفرجلوسیت کی حیثیت نہایت ہی مشکوک ہے۔ اصابتوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں جلد سے جدا کئے جانے والے اسفرجلوس، خالص گندہ نبات ہوتے ہیں۔ غالباً اسفرجلوس، بیرونی سمعی منفذ کی التہابی حالتوں اور تقرح کے لئے ذمہ دار ہوتے ہیں (اذنی فطریت)۔ امتحان کرنے سے استر کرنے والی غشاء اور طبلِ گوش کالے کالے سفوف نما ذرات سے یا ایک سبزی مائل سفید تہ سے جس میں کالے کالے ذرات کے جھرمٹ موجود ہوتے ہیں، ڈھکے ہوئے نظر آتے ہیں۔ ریوی اسفرجلوسیت ایک اختلاف پذیر سریری تصویر پیش کرتی ہے۔ یہ ایک حاد شعبتی ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہے، اور مریض شدت کیساتھ بیمار ہوتا ہے۔ امارات اور علامات اور لاشعاعی تصویر بھی ہو بہو ویسی ہی ہوتی ہے۔ زیادہ مزمن قسموں میں نفث الدم ہوتا ہے، اور کھانسی، لاغری،

خون آلود بساق، شبی پسینوں، شام کو تپش کے بڑھ جانے سے تدرن کا شبہ گزرتا ہے یا اس کی تشخیص کرلی جاتی ہے ۔ تاہم بالعموم ایسے مریض خوب
104 تغذیہ یافتہ ہوتے ہیں، اور ان کی صحت خاصی معیاری ہوتی ہے (جیکب سن)

تشخیص ۔ مریض کا پیشہ، اس کی اچھی تغذیہ یافتہ حالت، اور درنی عصیات کی عدم موجودگی شبہ پیدا کرتی ہے ۔ لیکن تشخیص واضح طور پر صرف خردبینی امتحان سے اور کاشتی طریقوں سے بساق میں اسفرجلوس تلاخیلی کا مظاہرہ کرکے ہی کی جاسکتی ہے ۔ **انذار** ۔ بالعموم ادمی اور رخنکی ریوی اسفرجلوسیت ایک مزمن حمر اختیار کرتی ہے جو کئی مہینوں بلکہ سالوں تک رہتا ہے، اور انذار اچھا ہوتا ہے ۔ لیکن حاد شکل ہلاکت پر ختم ہوتی ہے، بعض اوقات چند ہی ہفتوں میں ۔ **علاج** ۔ ادمی اضرار کے لئے مقامی علاج یہ ہے کہ ایک فیصدی تانبے کے محلول کی کسوتیں، لاشعاعی علاج کے ساتھ استعمال کی جائیں، یا اگر ضرورت سمجھی جائے تو تانبے کا مرہم استعمال کیا جائے ۔ ریوی قسم کے لئے، پوٹاسیم آیوڈائیڈ تحمل کی حد تک، اور اس کے ہمراہ آرام، بلند حیاتین رکھنے والی وافر غذا اور تازہ ہوا استعمال کرنی چاہئے ۔ اسفرجلوسی جدرینات مایوس کن ثابت ہوئی ہیں ۔

پیچ موئی مرض (Spirochætal Disease)

آتشک

SYPHILIS

آتشک یا گرمی (Pox) ایک نوعی مرض ہے ۔ یہ جلد کی راہ سے یا غشاء کی راہ سے (اکتسابی آتشک) یا حبل سری کی راہ سے (خلقی آتشک) ایک عضویہ کے ذریعہ سرایت زدگی کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ اکتسابی شکل میں یہ یہ چیزیں شامل ہیں ۔ تطعیم کے مقام پر ایک ضرر (اولی ضرر) ۔ ایک مہینہ یا

زیادہ کے وقفہ کے بعد جلد، اغشیہ مخاطی اور دوسرے حصوں میں اضرار (ثانوی اضرار)۔ایک یا زیادہ سالوں کے بعد جلد، ہڈیوں، عضلات، احشار، مرکزی نظام عصبی، اور شریانوں کے عمیق تر اضرار (ثالثی اضرار)۔اولی درجہ کے یہ معنی ہیں کہ نظر آسکنے والا ضرر، تطعیم کے مقام کے پڑوس میں محدود ہوگیا ہے۔لیکن ثانوی اور ثالثی کی تفریق واضح طور پر مصنوعی ہے۔اس کی وجہ یہ ہے کہ دونوں بھی حقیقی طور پر ایک ہی امراضیاتی عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں جو سرایت کے عمومی ہوجانے کے بعد جسم کے مختلف حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔بہرحال، یہ امتیاز سریری بیان میں مفید ہے، اور ہم اس کو باقی رکھیں گے۔نیز آتشک، مکان حرکی عدم اتساق (locomotor ataxy) اور مجانین کے عمومی شلل (general paralysis of the insane) کا بھی سبب ہے۔مرکزی نظام عصبی کے یہ دو امراض وہ ہیں جن کو بعض اوقات سنخیتی آتشک (parenchymatous syphilis) کے نام کے تحت ایک جگہ جماعت بند کردیا جاتا ہے۔

آتشک کا خرد عضویہ پیچ سلکیہ شاحب (Treponema pallidum) یا پیچ مویۂ شاحب (Spirochæta pallida) ہے۔اس کو سب سے پہلے ۱۹۰۵ء میں شاڈن (Schaudinn) اور ہافمین (Hoffman) نے بیان کیا تھا۔یہ ایک لمبا سا پتلا رشتک ہے جو لولبی شکل کا ہوتا ہے۔اس میں ۶ تا ۱۴ لچھے ہوتے ہیں، اور یہ سروں پر گاؤ دم ہوتا ہوا تیز نوک بنا دیتا ہے۔اس کی لمبائی ۴ μ تا ۲۰ μ ہوتی ہے اور چوڑائی تقریباً ۰٫۲۷ μ۔گیمسا (Giemsa) کے لون سے اس کی رنگت گلابی ہو جاتی ہے۔یہ پیشتر اس کے کہ زخم کی کوئی شہادت ہو سرایت کے مقام پر، شینکروں میں، ان کے ساتھ وابستہ لمفی غدود میں، اولی اور ثانوی آتشک کے جلدی بثور میں، مخاطی چکتیوں اور فلطاحیوں میں، اور خون میں اور طحال میں پایا گیا ہے۔ثالثی آتشک کے صمغیہ میں پیچ موئے اکثر اوقات محیطی حصوں میں موجود ہوتے ہیں۔خلقی آتشک میں، عضویات خون میں

اور اندرونی اعضا جیسے جگر، طحال، پھیپھڑوں اور فوق الکلوی اجسام میں بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ ناگوشی (Noguchi) اور دوسروں نے یہ پیچ موے، عمومی مشلولوں کے بھیجے کے قشرہ میں پائے۔ نیز ان کا مظاہرہ آتشکی التہاب اورطیٰ میں اورطیٰ کی دیواروں میں کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹۹ صفحہ 1035)۔

اکتسابی آتشک

Acquired Syphilis

سرایت ۔ عموماً آتشک مجامعت کے دوران میں منتقل ہو جاتی ہے۔ ہوتا یہ ہے کہ غشاء مخاطی کا نازک سرحلمہ تماس میں آنے کی وجہ سے، قشب کا آسانی سے انتقال ہو جاتا ہے۔ قشب کی وصولی کے لئے غشاء مخاطی کی تڑکیں یا خراشیدگیاں ہونا ضروری معلوم نہیں ہوتا۔ تاہم اس میں شک نہیں کہ ان سے اس میں مدد ضرور ملتی ہے۔ مردمیں عام طور پر صنفی مجامعت کے ذریعہ جن جگہوں پر تطعیم ہوتی ہے وہ حشفہ، قضیب، غلفہ، حشفہ کے پیچھے کی تجویف یا لجام کی جانب ہیں۔ کبھی کبھی صفن پر یا عانی رقبہ میں یا بولی
105 منفذ پر تطعیم ہو جاتی ہے۔ عورت میں سب سے زیادہ عام طور پر ان جگہوں پر تطعیم ہوتی ہے، شفرتین، قید الشفرتین (fourchette)، بظر (clitoris) اور بولی منفذ۔ کبھی کبھی عنق الرحم پر تطعیم ہوتی ہے لیکن مہبلی دیوار پر شاذ و نادر ہی ہوتی ہے۔ آتشک دوسرے طریقوں سے بھی منتقل ہو سکتی ہے، مثلاً بوسہ لینے کے فعل سے، ایسی پائپوں کے ذریعہ کہ جن کو کسی آتشک زدہ شخص نے پہلے استعمال کیا ہو تمباکو پینے سے، طبیب کی خراشیدہ انگلی کے کسی آتشکی زخم یا افراز کے ساتھ چھونے سے۔ تطعیم کے بعد بالعموم حضانت کی مدت آتی ہے جو تین سے لے کر پانچ ہفتہ تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ انتہائی حدود دس دن سے لیکر تین مہینہ

تک ہیں۔

اولی ضرر - سب سے پہلی امارت ایک چھوٹا سا سرخ، کھجلی پیدا کرنے والا بثرہ ہے۔ یہ رفتہ رفتہ تمام سمتوں میں ایک بٹن کی مانند بڑا ہوجاتا ہے۔ اس کی سطح خشک یا چھلکے دار یا اوپری طور پر متقرح ہوتی ہے۔ یہ خشک افراز کی ایک پپڑی سے ڈھکی ہوتی ہے۔ بثرہ کے پہلے پہل نمودار ہونے سے ایک ہفتہ یا دس دن کے اندر، آس پاس کی جلد متصلب ہوجاتی ہے۔ اس ضرر کو سخت متصلب یا ہنٹری شینکر (Hunterian chancre) کہتے ہیں۔ غشاء مخاطی پر کا ضرر مشکل سے اتنا نمایاں ہوتا ہے۔ یہ ایک سرخ قاعدہ رکھنے والے آبلہ سے شروع ہوتا ہے۔ آبلہ ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے، اور ایک اتھلا قرحہ بنجاتا ہے۔ اس کا فرش متصلب ہوجاتا ہے۔ جوں جوں زمانہ گزرتا ہے، اور ممکن ہے چند مہینوں کے بعد، تصلب رفتہ رفتہ زائل ہوجاتا ہے۔ قرحہ مندمل ہوجاتا ہے، اور لون کی ایک چکتی کچھ مدت تک باقی رہتی ہے۔ سرایت کے ایک نہایت ہی ابتدائی درجہ میں، یعنی اولی زخم کے نمودار ہونے سے بھی پہلے، پیچ ہوئیے، چڈے کے غدوں میں منتقل ہوجاتے ہیں۔ سخت شینکر کے نمودار ہونے سے سات تا چودہ دن بعد، ایک واحد بڑا متصلب غدہ محسوس ہوسکتا ہے۔ اس کو اولی کبۃ (primary bubo) کہتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کے علاوہ چھوٹے چھوٹے چھرے جیسے غدے بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ ہمیشہ ایک دوسرے پر آزادانہ حرکت کرسکتے ہیں۔ نہ تو یہ جلد سے چپکے ہوتے ہیں اور نہ جلد میں کوئی سرخی پائی جاتی ہے۔ یہ ہرگز متقیح نہیں ہوتے۔

بروں تناسلی زخم، بیشتر ہونٹوں، انگلی، چہرہ، زبان یا پپوٹے پر پائے جاتے ہیں۔ یہ بالعموم تناسلی شینکروں کی بہ نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ ان سے تعلق رکھنے والے غدے ہمیشہ بڑے اور سخت ہوتے ہیں۔ ہونٹ یا زبان پر تقرح جلد شروع ہوجاتا ہے۔ قاعدہ اکثر اوقات ایک موٹی کاذب خناقی (دفتریائی) جھلی سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔

ثانوی اضرار ۔ اوّلی ضرر کے نمودار ہونے کے ۵ تا ۸ ہفتہ بعد جب یہ اضرار نمودار ہوتے ہیں تو اس کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ سرایت عام ہو کر سارے جسم میں پھیل گئی ہے۔ اس قسم کے اضرار بارہ ماہ یا زیادہ تک ہر وقت نمودار ہوتے رہتے ہیں۔ سب سے مستقل اضرار، جلد کے بعض ثورانات (آتشکی جلد :syphilodermia، ناریہ :syphilide)، حلقومی التہاب، اور لمفی غدوں کی کلانی یا تصلب ہیں۔ باقی اضرار یہ ہیں، حموی تعامل عدم دمویت، کنپٹیوں میں، پشت میں اور جوارح میں درد، مفاصل کا ورم، التہاب قزحیہ، اور بالوں کا جھڑ جانا۔ ممکن ہے البیومن بولیت واقع ہو جائے۔

ثورانات ۔ ثانوی آتشکی جلدی ثورانات میں چار بڑی بڑی امتیازی خصوصیتیں پائی جاتی ہیں۔

۱۔ مختلف قسموں کے اضرار ایک ساتھ موجود ہو سکتے ہیں (کثیر الشکلی :polymorphism)۔ تاہم اضرار کی جسامت زیادہ اختلاف پذیر نہیں ہوتی۔ بڑے بڑے منتشر اضرار دیکھنے میں نہیں آتے۔

۲۔ ثوران وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے اور کثرت سے ہوتا ہے۔

۳۔ کھجلی شاذ ہے۔ لیکن یہ خصوصیت ہمیشہ نہیں پائی جاتی۔ ممکن ہے کہ دوسرے متلازم اضرار، جیسے خارشت (scabies) یا تقمل (pediculosis) بھی پائے جائیں۔

۴۔ ضرر کی شکل گول ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے دھبے گروہوں یا حلقوں میں ہوں۔ اگر لطخی ثوران کی حالت کو مستثنیٰ کیا جائے تو رنگت کچے لحم خنزیر سے مشابہ ہوتی ہے۔

ثانوی اضرار کی مختلف قسمیں اور ان کی تفریقی تشخیص ذیل میں درج کی جاتی ہے۔

۱۔ لطخی ناریہ (macular syphilide) یا وردیہ (roseola)۔ یہ گلابی رنگ کے گول یا بیضوی دھبے ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً تین پینی کے سکہ کے برابر ہوتے ہیں اور کسیقدر گنجان طور پر گروہ بند ہوتے ہیں۔

دھڑ، جوارح، ہتھیلیاں اور تلوے متاثر ہوتے ہیں - کوئی دریزش یا چھلکے نہیں پائے جاتے - یہ قسم تین ہفتہ سے لیکر دو مہینہ تک رہتی ہے، اور ممکن ہے کہ دوبارہ ہوجائے - اس میں کھجلی نہیں ہوتی - اسس کو کھسرا، حمیرا (rubella) اور تنخیل وردی (pityriasis rosea) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے - آخری چیز گلابی دھبوں پر مشتمل ہوتی ہے، جو مختلف جسامتوں کے ہوتے ہیں اور باریک چھلکوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان میں بسا اوقات ایک ہراولی دھبے (herald spot) کی سرگذشت پائی جاتی ہے جو سب سے پہلے دکھائی دیتا ہے - یہ باقی اضرار کی نسبت زیادہ بڑا ہوتا ہے، اور مریض اکثر کھجلی کی شکایت کرتا ہے۔

۲ - جرابی ناریہ (follicular syphilide) - یہ چھوٹے چھوٹے پھیکے سرخ رنگ کے بثوری ارتفاعات پر مشتمل ہوتا ہے - ہر ارتفاع کے مرکز میں ایک بال موجود ہوتا ہے - اکثر ان کی سطح پر ایک خشک چھلکہ پایا جاتا ہے۔ 106
بعض اوقات یہ قائحی ہوجاتے ہیں - ان کو معمولی ثفطیو (acne vulgaris) سے متفرق کرنا چاہیئے، جس کی بالعموم ایک لمبی سرگذشت ہوتی ہے۔

۳ - بثوری ناریہ (papular syphilide) - یہ سخت ارتفاعات پر مشتمل ہوتا ہے - یہ چپٹے یا نیم کروی ہوتے ہیں، یا اس سے بھی زیادہ نمایاں ہوتے ہیں اور گرہیں یا درنے بنادیتے ہیں - ان کی فصلیں، لطخی ناریہ کی مانند، پورے جسم پر بے قاعدہ طور پر نکلتی رہتی ہیں، یا جھنڈوں کی صورت میں گروہ بند ہوکر نکلتی ہیں - بثور سرخ، یا لحم خنزیر کی رنگت کے ہوتے ہیں - ان کی چمکدار سطح ہوتی ہے، اور اکثر ان کی کور کے گرد باریک چھلکوں کا ایک حلقہ موجود ہوتا ہے - ممکن ہے یہ لطخی ناریہ کے گلابی دھبوں پر واقع ہوں - اس قسم کو حزاز مسطح (lichen planus) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے - حزاز مسطح میں اضرار کثیر الاضلاع، چپٹی چوٹی والے اور چمکدار ہوتے ہیں - وہ ارغوانی یا بنفشی جھلک ظاہر کرتے ہیں، اور بالعموم ان میں کھجلی ہوتی ہے - حزاز مسطح کی آدھی اصابتوں میں منہ میں سفید بثور،

دھاریاں یا چکتیاں پائی جاتی ہیں۔ لیکن حلقوم کا نہ تو کوئی تقرح ہوتا ہے اور نہ غدوں کی کلانی پائی جاتی ہے۔ یہ دونوں چیزیں آتشک میں پائی جاتی ہیں۔

۴۔ فلسانی ناریہ (squamous syphilide)۔ یہ دررنگتہ، تانبے کے سے، یا لحم خنزیر کے رنگ کے بثور پر مشتمل ہوتا ہے۔ ان بثور پر چھلکے پائے جاتے ہیں۔ فلسانی ناریہ تعویجات میں عام ہے۔ اس کو صدفیہ (psoriasis) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔ صدفیہ میں ضرر درریختہ نہیں ہوتا اور چھلکے شوخ نقرئی قسم کے ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں صدفیہ خاص طور پر گھٹنوں اور کہنیوں کی باسط سطحوں پر ہوتا ہے۔ سیلان الدھنی اضرار کو بھی متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔ یہ گول دھبوں یا حلقہ دار اضرار پر مشتمل ہوتے ہیں کہ جن پر چربیلے چھلکے پائے جاتے ہیں۔ جلدالراس اور پیشانی کا حاشیہ اکثر ماؤف ہوتا ہے۔ نیز یہ خاص طور پر قص پر درمیانی خط میں، کتفی ہڈیوں کے درمیان اور زیرپستانی خطوں میں پائے جاتے ہیں۔ کھجلی عام ہے۔

۵۔ روپیا (rupia) ایک نسبتہً شاذ ضرر ہے، جو کمزور شدہ موضوعوں میں رونما ہوتا ہے۔ یہ ایک گول یا بیضوی قرحہ پر مشتمل ہوتا ہے جس کا ارغوانی مائل کنارہ اور نرم قاعدہ ہوتا ہے۔ اس سے خون آلود پیپ کا ارتشاح ہوتا ہے، جو سوکھ کر ایک ممیز گھونگے نما پپڑی بنا دیتی ہے۔ جب یہ قرحہ مندمل ہوتا ہے تو ایک گہرا ندبہ بنا دیتا ہے۔ اس کو صدفیہ کی ان چکتیوں سے کہ جن کے متعلق غفلت سے کام لیا گیا ہو اور جو بھورے چھلکوں کے تودوں سے ڈھک گئی ہوں، متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔ آخرالذکر صورت میں جب چھلکے کو اتارا جاتا ہے تو متعدد خوں چکاں نقطے دکھائی دیتے ہیں۔ لیکن کوئی قرحہ نہیں دکھائی دیتا جیسا کہ روپیا میں دیکھا جاتا ہے۔

دوسری شکلیں یہ ہیں:۔ (۶) آتشکی تقرن جلد (syphilitic keratodermia)۔ اس میں ہتھیلیوں اور تلووں کی برجلد کی قرنی تہ موٹی ہو جاتی ہے۔ اس پر مزمن ایکزما یا صدفیہ کی غلطی ہو سکتی ہے۔

۷۔ آتشکی صلعہ (syphilitic alopecia)۔ یہ بالوں کے عمومی

طور پر پتلا ہوجانے یا گنجے پن کی چھوٹی چھوٹی چکتیوں کی صورت اختیار کرتا ہے۔ یہ چکتیاں تقریباً چھ پنس کے سکہ کے برابر ہوتی ہیں۔ آخرالذکر چیز کو صلعہ رقبی (alopecia areata) سے تمیز کرنے کی ضرورت ہے۔ اس میں چکتیاں گول یا بیضہ نما ہوتی ہیں، اور بالکل چکنی ہوتی ہیں۔ پھیلتے ہوئے کناروں پر گرزنما بال پائے جاتے ہیں۔

۸ ۔ لونی ناریبہ (pigmentary syphilide) ۔ یہ گردن کے اطراف پر ہوتا ہے۔ یہ سفید سفید دھبوں کے ایک غیر واضح رقبہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ تقریباً استثنائی طور پر عورتوں میں مرض کے پہلے دو سالوں میں واقع ہوتا ہے۔ سم الفاری لونیت (arsenical pigmentation) اس سے قریبی طور پر ملتی جلتی ہے۔ لیکن آخرالذکر چیز ڈھکے ہوئے حصوں پر پائی جاتی ہے، یعنی دھڑ پر۔

۹ ۔ مخاطی چکتیاں (mucous patches) تر بثور ہیں، اور فلطاحیات (condylomas) چوڑی چوڑی ثولولی روئیدگیاں ہیں۔ یہ عام طور پر تناسلی اعضا، عجان اور مبرز کے آس پاس، بغلوں اور چڈوں میں اور پستانوں کے نیچے، اور باچھوں پر واقع ہوتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں یہ ہر اس جگہ واقع ہوتے ہیں کہ جہاں کی جلد پتلی اور ہر وقت تر رہنے والی ہو۔ یہ اضرار، انتہائی طور پر سرایتی ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات یہ وسیع ہوتے ہیں، اور ان کا کنارہ خوب واضح، سطح تر، اور افراز میلا خاکستری ہوتا ہے۔ ان کو زہرادی ثولولات سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے کہ جن کا بیان امراض جلد میں کیا گیا ہے۔

حلق کی سوزش ۔ اسوقت جبکہ طفحہ ہوتا ہے بلکہ اس سے پہلے ہی، حلق متاثر ہوجاتا ہے۔ حلقوم میں ایک منتشر سرخی پائی جاتی ہے، اور جرابیں بڑھ جاتی ہیں اور انسحاج زدہ ہوجاتی ہیں۔ تاہم سب سے ممیز خصوصیت لوزتین کا دہم اور متشاکل طور پر متقرح ہوجانا ہے۔ یہ قروح اکثر اوقات گردہ شکل اور اوپری ہوتے ہیں۔ ان کے خاکستری کنارے ہوتے

ہیں ۔ یہ غیر دردناک ہوتے ہیں اور زیادہ مدت نہیں رہتے ۔ تاہم بعض اوقات لوزی قروح زیادہ ہٹیلے ہوتے ہیں ۔ یہ نرم تالو اور لہاۃ تک پھیلے ہوئے ہوتے ہیں ۔ ان کے شوخ سرخ کنارے ہوتے ہیں ۔ یہ زردی مائل خاکستری افراز سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں ۔ جب اس افراز کو دور کیا جاتا ہے تو خون جاری ہوجاتا ہے ۔ ثانوی درجہ میں منھ کے اندر دوسرے تغیرات یہ ہیں' سفید دھبے' جیسے کہ نائٹریٹ آف سلور لگانے سے پیدا ہوجاتے ہیں زبان پر' حلقومی ستونوں پر اور گالوں پر مخاطی چکتیاں ۔ حلیمات کے برباد ہوجانے
107
کے باعث زبان پر کھری چکتیاں ، یا زبان کی کلانی ۔ زبان شوخ سرخ رنگت کی ہوجاتی ہے' اس کے حلیمات بیش پرورده ہوتے ہیں یا ان کے درمیان بے قاعدہ ابھار یا گہرے تجاویف پائے جاتے ہیں ۔ کثرت سے تمباکو پینے سے آخرالذکر حالت شدت پکڑتی ہے یا پیدا ہوجاتی ہے ۔ منھ میں کے اضرار کو قلاع (aphthae) سے متفرق کرنا چاہئے' جو کہ گول' زرد' دردناک' اوپری اضرار پیدا کرتا ہے ۔ اُن کو نملہ سے متفرق کرنا چاہئے جو کہ اسی طرح دردناک ہے ۔ کبھی کبھی اُن کو کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) سے کہ جس میں منھ میں وسیع اضرار پائے جائیں متفرق کرنا چاہئے ۔ حلقوم پر کے اضرار کو ونسنٹ کے ذبحہ (Vincent's angina) سے تمیز کرنے کی ضرورت ہے ۔

لمفی غدّے (lymphatic glands) کلانی یافتہ ہوجاتے ہیں ایسا خاص طور پر جڈوں میں' ذراعیہ کے اندرونی قندالوں کے اوپر' اور گردن کی پشت پر ہوتا ہے ۔ ثانوی آتشک کی تپ اکثر اوقات بالکل ناپید ہوتی ہے یا یہ صرف خفیف سی کسلمندی یا طبیعت کی بےکیفی سے ظاہر ہوتی ہے ۔ جو کہ جلد پر کے ثوران سے پہلے یا اس کے دوران میں پائی جاتی ہے ۔ اصابتوں کی تھوڑی سی تعداد میں نہایت ہی واضح وقفہ دار یا متفتر ارتفاع تپش پایا جاتا ہے ۔ تپش شام میں سب سے زیادہ بلند ہوتی ہے ۔ ممکن ہے یہ ارتفاع تپش چند ہفتوں تک ہوتا رہے ۔ ثانوی آتشک کا التہاب

گرد عظمہ (periostitis) نہایت ہی خفیف ہوتا ہے۔ قصبیوں، کھوپری کی ہڈیوں یا ترقووں میں درد اور الیمیت محسوس ہوتی ہے۔ لیکن یہ سب کچھ تھوڑی مدت تک رہتا ہے۔ گرہیں نہیں بنتیں جیسی کہ ثالثی آتشک میں بن جاتی ہیں۔ مفاصل اکثر متاثر نہیں ہوتے۔ تاہم ممکن ہے زلالی انصباب (synovial effusion) واقع ہو۔ بعض اوقات یہ بافراط ہوتا ہے (استسقاء مفصلی: hydrarthrosis)۔ یہ ایک ہی مفصل میں مختلف وقتوں پر اختلاف پذیر ہو سکتا ہے۔

آنکھ کا سب سے عام عارضہ التہاب قزحیہ (iritis) ہے۔ یہ بالعموم ایک آنکھ کو، دوسری آنکھ سے پہلے متاثر کرتا ہے۔ علامات یہ ہیں، نور ترسی اور درد، اور اس کے ساتھ ہدبی امتلاء، بے قاعدہ پُتلی، مدھم سی قزحیہ۔ زیادہ شدید اصابتوں میں زنگ کی رنگت کے لمف کی گرہیں اور پتلیوں کا مسدود ہو جانا۔ التہاب قزحیہ، تعدیہ سے تین تا چھ ماہ کے بعد واقع ہوتا ہے۔ اور بھی بعد میں، لیکن ثانوی علامات کے زمانہ کی حدود کے اندر ہی، منتشر التہاب شبکیہ یا التہاب مشیمیہ واقع ہو سکتا ہے۔

مختلف عصبی عوارض، خاص طور پر جمجمی اعصاب کا شلل اور التہاب نخاع یہ سرایت سے چند ماہ یا ایک سال کے اندر واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اسطرح یہ ثانوی نتائج کے زمرہ میں ہی آجاتے ہیں۔ دافع آتشک علاج کے تحت ایسے فسادات صحت یابیوں کا کافی تناسب ظاہر کرتے ہیں۔

اس زمانہ میں جو کہ ثانوی اور ثالثی زمانوں کے درمیان کا ہے، بعض دوسرے اضرار بھی واقع ہوتے ہیں جو یہ ہیں۔ ہاتھوں کی ہتھیلیوں پر چھلکے دار یا تقشر کرنے والی چکتیاں (راحی صدفیہ: psoriasis palmaris)۔ خصیوں کی کلانی اور اس کے ساتھ شدید برزخ میں گرکی جماؤ۔ التہاب مشیمیہ اور التہاب شبکیہ۔ ایسے احشائی تغیرات جو صمغیہ کا نتیجہ نہ ہوں، مثلاً جگر اور طحال کی کلانی اور الیمیت، جس کے ساتھ خون بنانے کا عمل رک جائے، خفیف اور عارضی البیومن بولیت، اور قریب الوقوع ریوی فساد کی علامات۔ حقیقت

یہ ہے کہ ثانوی درجہ کے ختم اور ثالثی کے شروع کے درمیان کوئی واضح حد فاصل قائم ہی نہیں کی جاسکتی۔

ثالثی یا تاخیر سے ہونے والے اضرار۔ یہ سب سے پہلے، تعدیہ کے ایک یا دو سال بعد دیکھے جاتے ہیں۔ ممکن ہے یہ دس یا پندرہ یا زیادہ سالوں کے وقفوں کے بعد دوبارہ نمودار ہوجائیں۔ وہ یہ ہیں، جلد پر کے بعض ثورانات، التہاب گرد عظمہ اور ہڈیوں پر گرہیں، اور زیر جلدی بافتوں، عضلات، سحایا، جگر، طحال، خصیہ، اور دوسرے احشاء میں ڈھیلوں کی طرح کی بالیدیں۔

تاخیر سے ہونے والے ناریات (late syphilides)۔ ثالثی زمانہ کے جلدی طفحات اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ لطخات یا چھلکے دار چکتیوں پر مشتمل ہوں۔ لیکن سب سے ممیز طفحہ، ایک سیاہی مائل سرخ درریختہ چکتی ہے۔ یہ ایک دائرہ بناتی ہے۔ یا ایک چوڑی پٹی بنا دیتی ہے جو ایک نیم دائرہ یا نعل کی شکل میں مڑی ہوئی ہوتی ہے۔ سطح کا کچھ حصہ ایک بھوری یا سبزی مائل پپڑی سے ڈھکا ہوتا ہے، جس کے نیچے تیز کٹے ہوئے کناروں والے گہرے قروح پائے جاتے ہیں۔ یہ ضرر دبیبی خطوں میں پھیلتا ہے۔ یہ جلد کے چھوٹے چھوٹے صمغیات پر مشتمل ہوتا ہے جو دائروں یا دائروں کے قطعات کی صورت میں مرتب ہوتے ہیں۔ اپنی باری پر یہ صمغیات بھی متقرح ہوجاتے ہیں۔ پرانے قروح مندمل ہوکر ندبات چھوڑ جاتے ہیں جو گہرے طور پر ملون جلد سے گھرے ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ اس طرح کی گرہیں کسی تقرح کے بغیر ہی زائل ہوجاتی اور ندبات چھوڑ جاتی ہیں۔ مجموعی حیثیت سے ذئبہ سے عمومی مشابہت پائی جاتی ہے۔ آخرکار کئی کئی انچ کے قطر کی، بڑی بڑی بے قاعدہ چکتیاں بن جاتی ہیں۔ یہ گھٹنے، ران، کندھے، پیش بازو، چہرے اور گردن پر کثرت سے واقع ہوتی ہیں۔ بعض اوقات زیر جلدی بافتوں کی زیادہ گہری درریختگیاں واقع ہوتی ہیں۔

صمغیات (gummas)۔ احشاء اور دوسرے حصوں میں جو ضرر کہ

108 آتشک کے آخری درجوں کو سب سے زیادہ ممیز کرتا ہے وہ صمغیہ (gumma) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ اریکی بافت کا ایک ایسا تودہ ہے جو تدرنی اریکی بافت سے قریبی طور پر مشابہ ہوتا ہے۔ لیکن اس میں عفربتی خلیات اسقدر عام طور پر دیکھنے میں نہیں آتے، اور زیادہ چھوٹی شریانیں اکثر اوقات التہاب بطانۂ شریان (endarteritis) ظاہر کرتی ہیں ابتدائی درجوں میں یہ خاکستری، جلاتینی اور شفاف ہوتا ہے۔ لیکن خلیات میں شحمی تغیرات واقع ہوجاتے ہیں اور تجبن واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ اس کا مرکز زرد ہوجاتا ہے اور محیط نمویاب ہوکر لیفی بافت بنجاتا ہے۔ یہ لیفی بافت ایک ندبہ کی لیفی بافت کی مانند سکڑ جاتی ہے۔ بعض اوقات صمغیات بالکل ہی ٹوٹ پھوٹ جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقیح، اور اسکے ساتھ اس بافت کی کہ جس میں وہ واقع ہوتے ہیں تباہی واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ ہڈیوں کی گرہوں کے بعد اکثر اوقات بوسیدگی اور تنخر پیدا ہوجاتے ہیں۔ جگر میں صمغیات، بڑی بڑی، کم و بیش یکساں گرہیں بنا دیتے ہیں۔ یا ایک زرد جبنی تودہ، ایک لیفی ندبہ کے مرکز میں پڑا ہوا ہوتا ہے۔ یا ایک لیفی ندبہ کے سوا کچھ باقی نہیں رہتا، اور اس سے عضو نشیب دار اور شکندار ہوجاتا ہے۔ خصیہ میں بھی صمغیات واقع ہوتے ہیں۔ لیکن اکثر اوقات یہ عضو اس لئے بڑا ہوجاتا ہے کہ عمومی طور پر اس کے جرم میں منتشر صمغیتی دررنیرش پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے بعد میں چلکر یہ بلاکسی گرہکی بالیدگی کے کثیف لیفی بافت کے بنجانے کے باعث ندبول ہوجائے۔

ان اضرار کے سریری نتائج کے لئے قاری کو مختلف اعضا کے امراض کا مطالعہ کرنا چاہئے۔ یہاں پر صرف اتنا بتا دینا ضروری ہے کہ صمغیتی التہاب گردعظمہ یا گرہیں، خاص طور پر قصبیہ کی مقدم سطح کے ساتھ ساتھ، جبہی اور جداری ہڈیوں پر، اور ترقووں پر واقع ہوتی ہیں۔ مریض کو درد ہوتے ہیں، جو خاصکر رات کے وقت بڑھ جاتے ہیں، ممکن ہے کہ متاثرہ حصہ پر چپٹے، گول ابھار پائے جائیں۔ یہ قطر میں ½ انچ سے لیکر ایک انچ تک،

نرم، بلکہ متموج، اور نہایت ہی الیم ہوتے ہیں۔ یہ ضرور نہیں کہ اس سے پیپ کی موجودگی ہی کا پتہ چلے، کیونکہ ممکن ہے کہ بالکل واضح طور پر تموج پذیر گرہیں علاج کے تحت بالکل زائل ہوجائیں۔ بعض اوقات یہ پایا جاتا ہے کہ صمغیات مفاصل کی زلالی یا گرد زلالی بافتوں کو متاثر کرتے ہیں۔ بغیر کسی تقیح کے صمغیہ کے ساتھ ساتھ ایک نہایت متعین ارتفاع تپش پایا جا سکتا ہے۔ یہ شام میں ۱۰۱° یا ۱۰۲° تک چڑھ جاتا ہے اور صبح میں ۹۸° یا ۹۹° تک گر جاتا ہے۔ آتشک شریانوں پر بھی حملہ کرتی ہے۔ بڑی عروق کی صورت میں اس سے التہاب شریان اور ایتھروما (atheroma) پیدا ہوجاتا ہے، جس سے اینورسما نمودار ہوجاتا ہے۔ چھوٹی شریانوں کی صورت میں اس سے آتشکی التہاب بطانۂ شریان (انطماسی التہاب شریان) پیدا ہوجاتا ہے، جس سے التہاب عضلہ قلب پیدا ہوجاتا ہے۔ سب لوگ اس پر اتفاق کرتے ہیں کہ قلبی عروقی نظام پر، گذشتہ زمانہ کی نسبت اب زیادہ عام طور پر حملہ ہوتا ہے۔ عصبی نظام کے کئی ایک فتورات ایسے ہیں جن کو آتشک کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے۔ بعض، جیسے فالج نصفی، کا سبب آتشکی التہاب بطانۂ شریان ہوتا ہے، اس سے علقیت پیدا ہوکر عصبی بافت کی لینت واقع ہوجاتی ہے۔ اگر یہ دماغ میں ہو تو اس سے فالج نصفی واقع ہوتا ہے، اور اگر یہ نخاع میں ہو تو اس سے حاد یا مزمن پا فالج ہوجاتا ہے، جس میں ارب (Erb) کا آتشکی تشنجی پا فالج بھی شامل ہے۔ ایک دوسرا فتور غالباً ایک حقیقی سرایتی التہاب نخاع ہے۔ باقی فتور، جیسے مقامی شللات اور تشنجات، دماغ کی سطح پر اور عصبی جڑوں پر صمغیات اور سحائی دبازتوں کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ مخاطی جھلیوں میں گہرے تباہ کن تقرحات واقع ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر یہ منہ میں دیکھے جا سکتے ہیں، جہاں ان سے لہاۃ اور نرم تالو تباہ ہوجاتا ہے، اور بچا کھچا حصہ بلعوم کے ساتھ چپک جاتا ہے۔ یا وہ قصبۃ الریہ شعبت، یا مستقیم میں دیکھے جا سکتے ہیں، جن سے ان گذرگاہوں کی تنگی یا ضیق پیدا ہوجاتا ہے۔ نیز تاخیر پذیر آتشک، بغیر کسی تقیح کی موجودگی کے،

چربشی انحطاط کا ایک سبب ہے۔

سنخیتی عصبی آتشک (Parenchymatous Neurosyphilis)۔

اس مرض کے سب سے آخری نتائج بعض اہم امراضیاتی حالتیں اور ان کے ساتھ ان کی علامات ہیں۔ آتشک کے ساتھ ان کا تعلق پہلے پہل اعداد و شماری شہادت کے ذریعہ دریافت کیا گیا تھا۔ یہ عوارض ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور مجانین کا عمومی شلل (general paralysis of the insane) ہیں۔ ان میں یہ پایا جاتا ہے کہ آتشک کی سرگذشت ۷۰ تا ۸۰ فیصدی اصابتوں میں ملتی ہے۔ نیز شلل چشمی (ophthalmoplegia) کی بعض شکلیں، ذبول عصب بصری، اور حدقی معکوسہ نور کا نیست ہو جانا بھی اسی طرح کے حالات سے وابستہ ہیں۔ واژرمین کے کاشفہ کے ذریعہ ان اصابتوں کی تفتیش کے نتائج سے اس نظریہ کی تائید ہوتی ہے۔ یہ کاشفہ، عمومی شلل کی تقریباً ۱۰۰ فیصدی اصابتوں میں، اور ہزال ظہری کی اس سے کسیقدر کمتر اصابتوں میں مثبت تھا۔ نیز عمومی مشلولوں کے بھیجوں میں پیچ مویوں کی دریافت سے بھی اس کی تائید ہوتی ہے۔ یہ امراض، آتشک کی دوسری شکلوں کی بہ نسبت علاج سے زیادہ اثر پذیر ہیں۔

عمر اور انجام۔ آتشک کے تمام درجوں میں، تضرر کے مقامات پر اضرار نمودار ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر ذیل کی چیزوں کو پیش کیا جاسکتا ہے، تمباکو پینے والوں میں مخاطی چکتیاں اور التہاب لسان، دستی کام کرنے والوں کی ہتھیلیوں پر فلسمانی ناریے، گھر کی صفائی کرنے والی عورتوں (charwomen) میں وہ صمغیتی التہاب درجک جو کہ پیش رضفی درجک کو متاثر کرتا ہے، مسلمانوں میں جبہی ہڈی کا صمغیہ، جو نماز کے دوران میں سجدہ کرنے کے فعل سے پیدا ہو جاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں اچھی طرح علاج کیا جائے تو تاخیر پذیر علامات بالکل واقع ہونے نہیں پاتیں۔ اسی طرح اسوقت جبکہ اولی ضرر پہلے پہل پہچانا جائے مستعدی سے علاج کرنے سے ثانوی علامات 109

رک جاتی ہیں یا انتہائی طور پر ہلکی ہو جاتی ہیں۔ پہلے دو درجوں میں مرض میں ہلاکت کا کوئی رجحان نہیں پایا جاتا۔ لیکن تاخیر پذیر آتشک میں ممکن ہے صمغیہ، دوسری رسولیوں کی طرح فعل کرے، اور وظیفہ میں خلل پیدا کر کے موت کا باعث ہو، خاص کر دماغ اور سحایا میں۔ موت ذیل کے اسباب سے بھی واقع ہو سکتی ہے، شریانوں کا آتشکی مرض، شعبتی، قصبتی یا مستقیمی ضیق، التہاب گرد عظمہ جس کے ساتھ ہڈی کا تنخز اور تقیح الدم ہو جائے، جگر، طحال اور گردوں کا چربیتی مرض، اور وہ فتورات کہ جن کو سنخیتی آتشک کی سرخی کے تحت جمع کیا جاتا ہے۔

تشخیص - اولی درجہ میں حتی الامکان جلد از جلد تشخیص کر لینی چاہیے تاکہ پیشتر اس کے کہ سرایت عمومی ہو جائے علاج عمل میں لایا جا سکے۔ شینکر کی پہچان اس کا تصلب ہے، اور یہ کہ ایک سخت اولی کبہ موجود ہوتا ہے۔ یہ چیزیں اس کو مندرجہ ذیل سے متفرق کرتی ہیں۔ (۱) قرحہ رخوہ (soft sore)۔ یہ بالعموم متعدد ہوتا ہے اور اس سے غدوں کی نرم اور الیم کلانی واقع ہو جاتی ہے۔ (۲) نملۂ تناسلی (herpes genitalis)۔ اس میں اضرار اوپری ہوتے ہیں۔ (۳) نہایت شاذ طور پر حزاز مسطح (lichen planus)۔ (۴) ضربی تقرح۔ اس کے علاوہ اسوقت جبکہ ضرر کا علاج نہ کیا جا چکا ہو پیچ مویوں کو ڈھونڈنا چاہیئے۔ ضرر سے یا پڑوس کے غدے سے تھوڑا سا مصل لے لیا جاتا ہے اور ایک تختی پر اس میں طبعی مالح کے چند قطرات ملا دئے جاتے ہیں۔ تختی کا معائنہ تاریک پس منظری تنویر (dark-ground illumination) کے ذریعہ ایک $\frac{1}{12}$ انچ کے روغن غرق، خارجی عدسہ کی مدد سے کیا جاتا ہے۔ پیچ مویے سفید نظر آتے ہیں، اور میدان میں حرکت کرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

طبی نقطۂ نظر سے جس چیز کی سب سے زیادہ ضرورت پڑتی ہے وہ تاخیر پذیر آتشکی اضرار کی پہچان ہے۔ اس کے لئے عام طور پر مریض کی سابقہ سرگذشت سے کام لیا جاتا ہے۔ جن چیزوں کے یاد رہ جانے کا امکان ہے،

وہ محض سوزاک کے سوا کسی معین زخم کا وقوع، طفحہ، حلق کی سوزش اور بالوں کا گرنا ہے۔ زخم سخت قسم کا تھا یا کہ نرم قسم کا یہ مریض کو معلوم نہیں ہوتا۔ ممکن ہے مریض طفحہ کے بارے میں یا متقرح سوزش حلق کے بارے میں مربوط بیان پیش کر سکے۔ بیاہی ہوئی عورتوں میں مردہ زائیوں اور شیرخواری میں اموات کے سابقہ وقوع پر، اور زیادہ عمر کے بچوں میں آنکھ کی شکایتوں وغیرہ کے سابقہ وقوع پر کسیقدر بھروسہ کیا جاتا ہے۔

مندرجہ ذیل چیزوں کو ڈھونڈنا چاہئیے، مردوں میں قضیب پر اصلی زخموں کے ندبات، جلد پر اور حلق میں ثالثی اضرار کے ندبات، قصبیوں اور کھوپری پر گرہیں، خصیہ کی سختی یا ذبول، چربشی مرض کی وہ شہادت، جو کہ جگر اور طحال کی جسامت اور البیومن بولیت کی موجودگی کی صورت میں ملتی ہے۔

بعض اوقات علاجی تدابیر سے تشخیص میں مدد ملتی ہے یا اس کی توثیق ہوتی ہے۔ اس کی مثال یہ ہے کہ ایک مشتبہ ضرر، اس علاج سے جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے تیزی سے اچھا ہو جاتا ہے۔

مصلیاتی طریقوں سے اب یہ ممکن ہو گیا ہے کہ ہم دموی مصل میں آتشکی سرایت کا ایک نوعی نتیجہ پہچان سکیں۔ بارڈیٹ (Bordet) اور گنگو (Gengow) نے یہ ثابت کیا کہ اگر کسی ضد جسم آفریں (antigen) کو ایک ایسے مصل میں کہ جس میں ضد اجسام (antibodies) ہوں ملایا جائے اور ۳۷° پر اس کی حضانت کی جائے تو یہ دونوں چیزیں ممزوج ہو جاتی ہیں۔ ساتھ ہی ساتھ وہ ایک متمم (complement) کو بھی جو کہ ایک انزیم ہے اور خون میں طبعی طور پر پایا جاتا ہے، مثبت کر دیتی ہیں۔ (یہ یاد رہے کہ ضد جسم آفریں ایک ایسی شے ہے جو کسی جانور میں مشرب کئے جانے پر ضد اجسام پیدا کرنے کی قوت رکھتی ہے)۔ مذکورہ بالا منظر کو آتشک کی تشخیص میں کام میں لایا گیا ہے، اور اس کو واززمین کا تعامل (Wassermann reaction) کہتے ہیں۔ ضد جسم آفریں شروع میں آتشک زدہ جگر کا ایک خلاصہ ہوا کرتا تھا۔ اسکو اس مریض کے مصل میں کہ جس کی تحقیقات منظور ہوتی تھی ملا دیا جاتا تھا۔

اگر متمم مثبت ہو جائے تو یہ سمجھنا چاہئے کہ مریض آتشک زدہ ہے۔ اس تثبیت کو ایک مخصوص خون پاشش کا شفہ کے ذریعہ دریافت کیا جاتا ہے جو یہ ہے:۔
اگر کسی جانور' مثلاً بھیڑ' کے سرخ خلیات کو کسی دوسرے جانور مثلاً خرگوش میں مشرب کیا جائے تو وہ ایک ضد جسم آفریں کی طرح فعل کرتے ہیں' جس سے متناظر ضد جسم یا ہیمولائسین (hæmolysin) بنجاتی ہے۔ اگر ان سرخ خلیات کو اور اس مصل کو جس میں ہیمولائسین ہے' ملایا جائے' تو اس شرط کے ساتھ کہ متمم بھی موجود ہو' خون پاشیدگی واقع ہوتی ہے۔ لیکن متمم کی عدم موجودگی میں بالکل خون پاشیدگی واقع نہیں ہوتی۔ واززمین کا کاشفہ انجام دینے کا طریقہ یہ ہے کہ مشتبہ مصل کو جس میں آتشکی ضد جسم موجود ہونا مانا جاتا ہے گرم کیا جاتا ہے تاکہ اس کا متمم برباد ہو جائے۔ پھر اس میں آتشکی جگر کا خلاصہ ملا دیا
جاتا ہے' اور طبعی گنی پگ کا مصل بھی ملا دیا جاتا ہے کہ جس میں متمم موجود ہو۔ 110
ان سب کو ۳۷° کی تپش پر ایک گھنٹہ تک رکھا جاتا ہے۔ پھر اس میں خرگوش کے مصل کا کہ جس میں ہیمولائسین موجود ہو اور دھلے ہوئے بھیڑ کے جسیمات کا آمیزہ ملا دیا جاتا ہے۔ (یہ یاد رہے کہ اس مصل کو پہلے ۵۶° س تک گرم کرکے متمم سے پاک کر دیا جاتا ہے)۔ اب اس سارے آمیزہ کو پھر ایک مرتبہ ۳۷° س پر ۲ گھنٹہ تک رکھا جاتا ہے۔ اگر زیر بحث مصل میں آتشک کا ضد جسم موجود ہو' تو پہلی حضانت کے دوران میں یہ متمم کو پھانس لیگا یا مثبت کر دیگا۔ لہٰذا دوسری حضانت میں خرگوش کے مصل کی ہیمولائسین جب آزاد متمم سے دوچار نہ ہوگی تو یہ جسیموں کو تباہ نہ کر سکیگی۔ دوسرے الفاظ میں خون پاشیدگی بالکل واقع نہیں ہوگی۔ اس واقعہ کو' جہاں تک کہ متمم کی تثبیت اور آتشک کی موجودگی کا تعلق ہے ایک مثبت تعامل کہتے ہیں۔ اگر اس کے برعکس' آتشک کا ضد جسم موجود نہ ہو' تو پہلی حضانت میں متمم پھنس نہیں سکیگا۔ لہٰذا یہ دوسری حضانت میں ہیمولائسین کے ساتھ تعاون کریگا اور اس طرح خون پاشیدگی واقع ہوگی۔ اس کو منفی تعامل کہتے ہیں۔ اس سارے عمل کو کمی طور پر بھی کیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے

سے ہم خون پاشیدگی کی اس مقدار سے جو کہ واقع ہوئی ہے مریض کے مصل میں موجود آتشکی ضدجسم کی مقدار کا اندازہ لگا سکتے ہیں۔

حقیقت یہ ہے کہ اس تعامل میں جس طرح کہ یہ آج کل انجام دیا جاتا ہے ایک خاص لحاظ سے ترمیم کردی گئی ہے۔ اس کی وجہ تو بتائی نہیں گئی لیکن ضدجسم تیار کرنے کے لئے آتشکی جگر استعمال کرنا غیرضروری سمجھا گیا ہے۔ اس کے لئے بعض دوسری چیزیں کافی ہیں۔ انسانی قلب کا ایک خلاصہ معہ کولسٹرین (cholestrin) کے اس غرض کو پورا کرسکتا ہے۔ چنانچہ اب ہمیشہ اسی کو استعمال کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ آسانی سے حاصل ہوسکتا ہے۔ ان واقعات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ وازرمین کے تعامل کی ابتدائی توجیہہ اب صحیح نہیں قرار دیجاسکتی۔

وازرمین کے کاشفہ سے، اولی اصابتوں میں پانچ سے لیکر آٹھ ہفتوں میں مثبت تعامل حاصل ہوتا ہے۔ ثانوی اصابتوں میں یہ ۹۵ فی صدی میں، ثالثی اصابتوں میں ۷۵ فیصدی میں، اور ان اصابتوں میں کہ جن میں آتشک مخفی ہو، ۵۰ فیصدی میں حاصل ہوتا ہے۔ ایسے بچوں کی بظاہر تندرست ماؤں میں کہ جو خلقی طور پر آتشک زدہ ہوں، یہ کثرت سے حاصل ہوتا ہے (۷۰ فیصدی یا زیادہ)۔ ممکن ہے کہ باوجود ماں کے مثبت نتیجہ کے خود بچہ میں ایک منفی تعامل پایا جائے۔ یا مثبت تعامل صرف اسوقت ظاہر ہو جبکہ معین علامات نمودار ہوں۔ آتشک کے علاوہ دوسری حالتیں جو مثبت وازرمینی تعامل دیتی ہیں مزاولت میں شاذونادر ہی پائی جاتی ہیں۔

کاہن کا تعامل (Kahn reaction) ایک دوسرا مصلی تعامل ہے جو آتشک کی تشخیص کرنے میں وسیع طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ جس واقعہ پر یہ منحصر ہے وہ یہ ہے کہ آتشک زدہ مریض سے لیا ہوا مصل، الکحلی خلاصۂ قلب اور کولیسٹرین کے آمیزہ کی ایک ملحی تعلیق کو گالے دار بنا سکتا ہے۔

ایسے مریضوں میں جو کہ زیرعلاج ہوتے ہیں ممکن ہے تعامل منفی ہوجائے۔ پھر بھی بہت سی اصابتوں میں، جب سالورسان (ملاحظہ ہو نیچے)

کی ایک چھوٹی سی معتاد مشرب کی جاتی ہے، تو تعامل ازسرنو مثبت ہوجاتا ہے۔ اس سے ثابت ہوتا ہے کہ آتشکی سرایت اب بھی موجود ہے۔ جب تک کہ سالورسان کے اس نام نہاد "اشتعالی اشراب" (provocative injection) کے باوجود منفی تعامل برقرار نہ رہے، مریض کو سرایت سے بری قرار نہیں دیا جاسکتا۔

تحریز ۔ چونکہ آتشک راست تماس کے سوا دوسری طرح سے شاذونادر ہی منتقل ہوتی ہے، اس کا پھیلنا آسانی سے روکا جاسکتا ہے۔ صرف ضرورت اس بات کی ہے کہ جن لوگوں کا سرایت زدہ ہونا معلوم ہے وہ تندرست اشخاص کے ساتھ، خواہ صنفی طریقہ سے خواہ دوسری طرح، متماس ہونے سے پرہیز کریں۔ لیکن جو لوگ سرایت زدہ ہوتے ہیں ان کو اپنا سرایت زدہ ہونا ہمیشہ معلوم نہیں ہوتا۔

قانون سازی میں بہت سی دقتیں پیش آتی ہیں۔ ۱۹۱۶ء میں رائل کمیشن کی روئداد کا اتباع کرتے ہوئے سرکار نے مندرجۂ ذیل اغراض کے لئے روپیہ کے عطیات عطا فرمائے ہیں۔ جراثیمی تشخیص کے ذرائع بہم پہنچانا۔ ملک بھر میں علاج کے مراکز قائم کرنے میں مدد دینا، یہ ان لوگوں کا جو درخواست کریں مفت علاج کرتے ہیں۔ طبی مزاولوں کو علاج کے نئے نئے طریقوں کے بارے میں تعلیم دینا۔ طبی مزاولوں کو سالورسان یا اس کے بدل مفت بہم پہنچانا۔ ان اصابتوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں جو سرایت میں منکشف رہی ہوں اگر حصوں کو اچھی طرح دھونے کے بعد ان میں ۳۰ فیصدی کیلومل کا مرہم دیا جائے جس کا ذکر صفحہ 114 پر کیا گیا ہے، تو اولی زخم پیدا نہ ہوسکیگا، لیکن اس کے باوجود ممکن ہے عمومی سرایت زدگی موجود ہو۔ لہٰذا دفع سرایت کے بعد دموی کاشفوں کے ذریعہ مشاہدہ کرنے کی ضرورت باقی رہتی ہے۔ مرکری سایانائیڈ (mercury cyanide) کا ایک محلول (۱۰۰۰ میں ۱) اس سے بھی اچھا دافع عفونت ہے۔

حاملہ عورتوں کا، کہ جن کا آتشک زدہ ہونا معلوم ہو، یا وازرین کے

کاشفہ کے ذریعہ ابتلا ہونا ظاہر کردیا جائے، فی الفور علاج کرنا چاہیئے۔ غرض یہ ہے کہ اولاد کی صحت برقرار رہے۔ 111

مندرجہ ذیل واقعات کی مدد سے ایک طبیب مریضوں کو مشورہ دیسکتا ہے، اولی اور ثانوی اضرار متعدی ہوتے ہیں، اور ان زمانوں میں خون میں قشب موجود ہوتا ہے۔ مخفی اور ثالثی زمانوں میں سرایت پذیری بالعموم بتدریج کم ہوتی جاتی ہے۔ لیکن مرض اکتساب کے کئی سال بعد بھی منتقل ہوسکتا ہے۔ یہ دیکھا جائیگا کہ جنین کی آتشک غالباً ہمیشہ مادری سرایت کا نتیجہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 115)۔

بالعموم آتشک، مبتلا شخص میں تازہ سرایت کے لئے مناعت پیدا کردیتی ہے۔ تاہم بعض لوگ بیان کرتے ہیں کہ منیع شخص، محض ایک بغیر شفا پایا ہوا آتشک زدہ شخص ہوتا ہے۔ ایسی مثالیں درج ہیں کہ جن میں ایک لمبے وقفے کے بعد ایک تازہ اولی زخم اور تازہ ثانوی علامات نمودار ہوگئی ہیں۔ ایسی صورت میں ہم کو یہ سمجھ لینا چاہیئے کہ محافظ اثر اول تو پیچ مویہ اور اس کے سموم سے الگ کچھ تھا ہی نہیں، اور اگر تھا بھی تو وہ اب زائل ہوچکا ہے۔ امراض طفحیہ میں بھی شاذ طور پر یہ زائل ہوجاتا ہے۔

علاج ۔ آتشک کا پیچ مویہ غیر معمولی حد تک سخت جان ہوتا ہے اور جسمانی ساختوں پر سرایت کے بعد سالہا سال تک اس کا اثر پڑ سکتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ ضروری ہے کہ علاج فوری طور پر کیا جائے اور اسے ایک طویل مدت تک استقامت کے ساتھ جاری رکھا جائے۔ مندرجہ ذیل دوائیں مرض پر ایک نمایاں اثر رکھتی ہیں۔ (۱) پارہ اور اس کے مرکبات۔ (۲) بعض سم الفاری مرکبات۔ (۳) بزمتھ۔ یہ سب پیچ مویہ کو تباہ کرکے فعل کرتے ہیں۔ (۴) پوٹاسیم آیوڈائیڈ۔ یہ بافتی ردعمل کی تحریک کرتا ہے تاکہ رشحات جذب ہوجائیں۔

پارہ کئی ایک طریقوں سے دیا جاسکتا ہے۔ دروں عضلی اشرابات کے لئے ایک حل پذیر تجہیز جیسے پرکلورائیڈ، $\frac{1}{10}$ تا $\frac{1}{5}$ گرین، ۹، فیصدی نمکی محلول

میں حل کر کے، ہر روز یا ہر دوسرے روز دیجا سکتی ہے۔ یا ایک حل ناپذیر تجہیز جیسے پارہ نہایت باریک سفوف کی حالت میں، کیلومل یا سیلیسلیٹ (salicylate) جو ایک شحمی واسطہ میں معلق ہو کہ جس کے متعدد ضابطے موجود ہیں، دیجا سکتی ہے۔ سیمابی مرہم سے تمریخ کرنے کا طریقہ بلاشک وشبہ پارہ کو نظام میں داخل کرنے کا ایک نہایت ہی موثر طریقہ ہے۔ لیکن اسے صرف ماہر خدمتگزار ہی انجام دے سکتے ہیں۔ علاج کے دوسرے طریقوں کے پیش نظر اس کو اب شاذ و نادر ہی استعمال کیا جاتا ہے۔ البتہ اسے شیر خوار بچوں میں خلقی آتشک کی اصابتوں میں برتا جاتا ہے۔ پارہ کا براہ دھن استعمال سب سے آسان طریقہ ہے اور اب اسے عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کی زیادہ معمولی تجہیزات یہ ہیں، پرکلورائیڈ $\frac{1}{16}$ تا $\frac{1}{12}$ گرین کی مقداروں میں (لائکر کے ۶۰ تا ۸۰ قطرے) دن میں تین چار مرتبہ، اور ہائڈرارجائرم کم کریٹا (hydrargyrum cum creta) (گرے پوڈر: grey powder) ایک یا دو گرین کی مقداروں میں اتنی ہی مرتبہ۔ ہچینسن (Hutchinson) نے ایک گرین گرے پوڈر کے ساتھ ایک گرین ڈوورز پوڈر (Dover's powder) کا مشورہ دیا جس کو حسب ضرورت، ہر چھ، چار، تین، یا دو گھنٹہ کے بعد دیا جاتا ہے۔ پارہ کے استعمال کے زمانہ میں مریض کو تمباکو پینے سے اور مہیجات سے پرہیز کرنا چاہیئے۔ اس کو اپنے دانتوں اور منھ کو بار بار صاف کرتے رہنا چاہیئے۔ اس کو حتی الامکان پورے طور پر صحت مند زندگی گذارنی چاہیئے۔ ضرورت سے زیادہ علاج کرنے سے کثرت ریق پیدا ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو پارہ کا مزمن تسمم)۔ پارہ ایک نہایت خفیف پیچ مویہ کش اثر رکھتا ہے۔ لیکن یہ مسلسل فعل کرتا ہے۔

سالورسان کو آرلک (Ehrlich) نے رائج کیا تھا (سنہ ۱۹۰۹ء)۔ بعد ازاں اس کو ارسینو بنزال (arsenobenzol) کہنے لگے۔ چونکہ اس کا طریقہ استعمال پیچیدہ تھا، اب اس کو برطانوی قرابادین میں شامل نہیں کیا جاتا۔ لیکن مرکبات کے اس گروہ کے لئے پرانے ناموں کو استعمال کرنا باعث سہولت ہے۔ نیوسالورسان، یا "۹۱۴" ایک اس سے ملتی جلتی دوا ہے۔ اس کو

نووارسینو بنزال، نووارسینو بلان (novarsenobillon)، نیوخرسیوان (neokharsivan)، نووارسان (novarsan)، نیوارس فینامائن (neoarsphenamine) (مستند نام) بھی کہتے ہیں۔ یہ پانی میں حل پذیر ہے۔ لہٰذا اسے ایک سوئی اور پچکاری کے ذریعہ کسی ورید میں براہ راست مشرب کیا جاسکتا ہے۔ محلول کو دیر تک نہ رکھنا چاہیئے، بلکہ جوں ہی کہ اسے تیار کیا جائے فوراً اس کا اشراب کردینا چاہیئے۔ اسے ورید کے باہر ٹپکنے نہ دینا چاہیئے، کیونکہ یہ خراش آور ہے۔ اس چیز کے سدباب کا طریقہ یہ ہے کہ غواص (plunger) کو آخر تک دھکیلنے سے پہلے، پچکاری میں ذرا سا خون چوس لینا چاہیئے، تاکہ اس بات کا یقین ہوجائے کہ سوئی ٹھیک طور پر ورید کے اندر ہی ہے۔ اشراب پُر معدہ کی حالت میں نہ کرنا چاہیئے۔ اکثر اوقات اس سے پہلے گلوکوس دینا قرین مصلحت ہوتا ہے۔

سلفرسنال، "۹۱۴" سے ایک قریبی طور پر ملتی جلتی دوا ہے۔ اسے دروں عضلی طور پر یا الوہی رداؤں سے ذرا اوپر بلا زیادہ تکلیف کے دیا جاسکتا ہے۔ جب وازرمین کا تعامل برابر مثبت رہے تو یہ مفید ہوتا ہے۔ اسے کھانوں سے بے پرواہ ہوکر دیا جاسکتا ہے۔ خرسلفان (kharsulphan)، میٹا ارسینو بلان (metarsenobilion)، سلفوسٹیب (sulphostab) اور مایوسالورسان (myosalvarsan)، یہ سب کیمیائی طور پر سلفرسنال سے ملتے جلتے ہیں۔ ان سب کو دروں عضلی اشراب کے لئے تجویز کیا گیا ہے۔ سلور سالورسان (silver salvarsan) چاندی کے ساتھ سوڈیم سالورسان کا امتزاج ہے۔ یہ عصبی آتشک میں نہایت ہی مفید پائی گئی ہے۔

سم الفاری تجہیزات، پیچ مویوں کو تباہ کرنے میں تیزی سے فعل کرتی ہیں۔ لیکن یہ پوری طرح فعل نہیں کرتیں۔ حقیقت میں یہ رائے دی گئی ہے کہ ناکافی علاج کرنے سے سم الفار کے مزاحم پیچ مویوں کی ایک نسل پیدا ہورہی ہے۔

بزمتھ کو سیزآری (Sézary) اور لیوڈٹی (Levaditi) نے آتشک کے علاج میں اسوقت رائج کیا جبکہ متعدد حیوانی تجربات سے ان پر یہ ثابت

ہوگیا کہ یہ ایک زبردست شافی اثر کی مالک ہے۔ یہ پارہ کی بہ نسبت زیادہ طاقتور پیچ مویہ کش اثر رکھتی ہے۔ اس کا فعل مسلسل ہوتا ہے، اور اس لحاظ سے سم الفاری مرکبات میں اور اس میں فرق ہے۔ اکثریت کی رائے میں اب اس کو علاجی قوت میں سالورسان کی تجہیزات اور سیمابی تجہیزات کے بین بین شمار کرنا چاہئے۔ اس کو ہمیشہ اشراب کے ذریعہ ہی استعمال کرایا جاتا ہے، خواہ یہ اشراب دروں عضلی طور پر ہو، یا آلوی عضلات کو ڈھانکنے والی رداؤں کے اوپر سے ہو۔ دروں عضلی اشراب کے لئے تجہیزات بے شمار ہیں۔ انکو حل پذیر اور حل ناپذیر میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ حل پذیر کی مثال کونین کے آیوڈو بزمتھیٹ (iodo-bismuthate of quinine) (سالوبل : Solubyl) سے ملتی ہے۔ اس کو فرنیئر (Fournier) نے اسوقت جبکہ تیز اثر درکار ہو استعمال کیا تھا۔ حل پذیر تجہیزات میں ایک نقص یہ ہے کہ یہ ان تجہیزات کی مانند جو کہ دروں وریدی اشراب کے لئے استعمال کی جاتی ہیں، تیزی سے تسمم کی وہ عمومی امارات پیدا کردیتی ہیں کہ جن کا ذکر نیچے کیا گیا ہے۔ حل ناپذیر تجہیزات کی مثال، حل ناپذیر اساسی ٹارٹریٹ (basic tartrate) ، آکسی کلورائیڈ (oxychloride) ، سیلی سلیٹ (salicylate) ، یا باریک سفوف کی حالت میں خود دھات ہی ہے۔ ان کو ایک روغنی یا ایک آبی واسطہ جیسے گلوکوس کے محلول میں معلق کرلیا جاتا ہے۔ ان میں سے غالباً آبی واسطہ بہتر ہے، کیونکہ یہ زیادہ یکساں طور پر جذب ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے، غالباً ایک مرکب کو، باریک سفوف کی حالت میں دھات پر ترجیح حاصل ہے۔ بالعموم دروں عضلی اشرابات سے بہت کم تکلیف ہوتی ہے یا بالکل ہی نہیں ہوتی۔ اس لحاظ سے ان کو پارہ پر بہت بڑی فوقیت حاصل ہے۔ صرف بزمتھ کے ذریعہ علاج سن رسیدہ لوگوں میں کیا جاتا ہے یا یہ ان اصابتوں میں کیا جاتا ہے کہ جو سالورسان کے لئے غیر متحمل ہوں۔ بزمتھ کے تسمم کی امارات، پارہ کے تسمم کی امارات سے کچھ ملتی جلتی ہیں۔ زیادہ عام امارات یہ ہیں، قلاعی التہاب الفم (aphthous stomatitis) ، جس کے پیچھے بالعموم مسوڑھوں کے حاشیوں پر ایک سلیٹی رنگ کی نیلی لکیر بن جاتی ہے، البیومن بول لیست۔

التہاب قولون ۔ پشت اور جوارح میں غیر متعین مستمر درد ۔ بے خوابی ۔ عمومی پستی کبھی کبھی جلدی طفحات ، جو کسیقدر ان طفحات سے ملتے جلتے ہیں جو کہ ارسینو تبزال کی تجہیزات سے پیدا ہوجاتے ہیں ۔

آیوڈائیڈ آف پوٹاسیم (iodide of potassium) ، متاخر ظواہر کے علاج میں خاص طور پر مفید ہوتا ہے ۔ لیکن دوسرے درجوں میں اس کو پرکلورائیڈ آف مرکری کے ساتھ ممزوج کرکے استعمال کیا جاسکتا ہے ۔ جب اسکو استعمال کیا جاتا ہے تو نہایت تشویشناک اور خطرناک عصبی علامات ، جو آتشکی صمغیتی اضرار کے باعث ہوتے ہیں ، تیزی سے کم ہوجاتے ہیں متقرح جلدی اضرار تیزی سے مندمل ہوجاتے ہیں ، ہڈیوں میں کے درد ختم ہوجاتے ہیں ، اور گردعظمی گرہیں غائب ہوجاتی ہیں ۔ ۵ یا ۱۰ گرین ، دن میں تین مرتبہ ، اکثر کافی ہوتے ہیں لیکن تشویشناک اصابتوں میں اسے بڑھاکر ۱/۲ ڈرام یا ڈرام کی خوراکوں میں دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے ۔ یا اس کے نہایت زیادہ یعنی ۲۰ گرین ، ذرا سے دودھ میں ہر دو گھنٹہ کے بعد پورے دن اور رات میں دے سکتے ہیں ۔

اس میں شک نہیں کہ اس کی منفعت کا انحصار نظام کے پورے طور پر سیر ہوجانے پر ہے ۔ ورنہ ہوتا یہ ہے کہ نمک گردوں کے ذریعہ تیزی سے نکل جاتا ہے ، لہذا ممکن ہے کہ رات کی ایک طویل مدت میں جسم میں اس کی مقدار گرکر نہایت کم ہوجائے ۔ اگر آیوڈائیڈ کی کسی معتاد سے زکام ہوجائے تو اس کو اچھی طرح ہلکا کرکے ، یعنی آدھا گلاس پانی ملاکر پینا چاہیئے ۔ اگر اس سے ثورانات پیدا ہوجائیں تو اس میں سنکھیا ملائی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو دوائی ثورانات) ۔ اگر اس سے بہت پستی پیدا ہوجاتی ہو تو عمومی مقویات ، عمدہ غذا اور سمندر کی ہوا کی ضرورت ہے ۔ یا اس کے بجائے آیوڈائیڈ آف سوڈیم متناظر معتادوں میں دے سکتے ہیں ۔ یا پوٹاسیم سوڈیم اور امونیم کے آیوڈائیڈز کے مساوی حصوں کا آمیزہ دیا جاسکتا ہے ۔ اگر یہ سب کچھ بیکار ثابت ہو تو پارہ ، تنہا یا پوٹاسیم آیوڈائیڈ کی قابل برداشت خوراک کے ہمراہ ، استعمال کیا جاسکتا ہے ۔

اب یہ عمومی طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ علاج کے ایک طویل نصاب

کی ضرورت ہے ۔ یہ مرض کے درجہ پر اور وازرمین کے تعامل پر منحصر ہوتا ہے ۔ ہیریسن (Harrison) کی جدول میں (33) سالورسان کی تجہیز کی معتاد "۹۱۴" یا اسٹیبل ارسان کے گراموں میں بیان کی گئی ہے ۔سلورسلورسان کی ایک معادل معتاد، ایک تہائی ہوگی ۔ یہ سب تجہیزات دروں وریدی طور پر دی جاتی ہیں۔ ان تجہیزات کی معتاد جو کہ دروں عضلی طور پر دی جا سکتی ہیں، مثلاً سلفرسنال وغیرہ کی، اتنی ہی ہے کہ جتنی "۹۱۴" کی۔Hg سے مراد پارہ کی ایک حل ناپذیر تجہیز ہے جو دروں عضلی طور پر دیجاتی ہے ۔اس کے نیچے کی معتاد باریک سفوف کی
113 حالت میں پارہ کی معتاد ہے ۔ اگر کیلول استعمال کیا جائے تو اس کی معتاد، اس معتاد کی جو کہ جدول میں بیان کی گئی ہے بالعموم تین چوتھائی ہوتی ہے ۔ سیلی سلیٹ کی معتاد ۰۵ فیصدی زیادہ ہوتی ہے ۔ Bi سے مراد بزمتھ کی ایک عمدہ تجہیز ہے، ترجیحی طور پر ایک حل ناپذیر مرکب، جیسے آکسی کلورائیڈ یا سیلی سلیٹ ۔ اس کو گلوکوس کے محلول میں معلق کرلیا جاتا ہے، اور دروں عضلی طور پر یا الوی رداء کے اوپر مشرب کیا جاتا ہے ۔ پارہ اور بزمتھ ایک دوسرے کے بدل ہیں ۔ان میں سے کسی ایک کو (ترجیحی طور پر بزمتھ کو) ارسینو بنزال کے ہمراہ استعمال کرایا جاتا ہے ۔ جدولوں میں جو معتادیں دی گئی ہیں وہ وہ ہیں جنکی سفارش اوسط بناوٹ اور وزن کے مردوں کے لئے کی گئی ہے کہ جن میں مرکزی نظام عصبی یا کسی حشاء کے مرض کے ظواہر نہ ہوں ۔ عورتوں میں معتاد اس سے کمتر ہوتی ہے اور وزن کے لحاظ سے ہوتی ہے ۔

الف ۔ اولی اصابتیں جنمیں منفی مصلی تعاملات پائے جائیں

Bi یا اسکے ہمراہ گرین	Hg اس کے ہمراہ گرین	نیوارسس فینا مائن گرام	علاج کا دن
۰	۰	۰۴۵	پہلا

علاج کا دن	نیوارسس فینا مائن گرام	اسکے ہمراہ Hg گرین	یا اسکے ہمراہ Bi گرین
۸ واں	۴۵ء	ایک	تین
۱۵ واں	۴۵ء	ایک	تین
۲۹ واں	۶۰ء	ایک	تین
۳۶ واں	۶۰ء	ایک	تین
۵۰ واں	۷۵ء	ایک	تین
۵۷ واں	۷۵ء	ایک	تین
۷۸ واں	۷۵ء	ایک	تین
۸۵ واں	۷۵ء	ایک	تین
۹۲ واں	۷۵ء	ایک	تین

۵۸ ویں دن سے لیکر ۷۷ ویں دن تک، اور پھر ۱۲۷ ویں دن سے لیکر ۱۴۷ ویں دن تک پوٹاسیم آیوڈائیڈ اتنی معتاد میں دیا جاتا ہے کہ جو ہر زمانہ میں دن میں ۱۵ سے لیکر ۴۰ گرین تک بڑھتی ہے۔

۹۲ ویں دن ایک دموی امتحان کیا جاتا ہے۔ تعامل خواہ کچھ بھی پایا جائے، ۱۴۸ ویں دن ایک دوسرا نصاب شروع کردیا جاتا ہے جو مذکورہ بالا ہی سے ملتا جلتا ہے۔ اس کے بعد مریض کو دو سال تک زیرمشاہدہ رکھا جاتا ہے۔ پہلے سال میں ہر تین مہینے کے بعد اور دوسرے سال میں ہر چھ ماہ کے بعد اس کے دموی مصل کا امتحان کیا جاتا ہے۔ پہلے سال اور دوسرے سال کے ختم پر جو الگ الگ امتحانات کئے جاتے ہیں ان سے ایک ہفتہ پہلے "۹۱۴" کے ۳ء گرام کا ایک اشعالی اشراب دیا جاتا ہے۔ اگر اس کو قابل عمل سمجھا جائے تو پہلے اور دوسرے سالوں کے ختم پر دماغی نخاعی سیال کا بھی امتحان کیا جاتا ہے۔

ب - اولی اصابتیں جنمیں مثبت مصلی تعاملات پائے جائیں

(۱) وہی نصاب جو کہ مصلی طور پر منفی اولی اصابتوں کے لئے ہے۔

اس کے بعد

(۲) دس ہفتہ تک کوئی علاج نہیں کیا جاتا۔

(۳) تین ہفتہ تک پوٹاسیم آیوڈائیڈ دیا جاتا ہے۔

(۴) ۵ اشرابات کا ایک نصاب اسی طرح جس طرح کہ ۲۹ ویں دن سے لیکر ۸۷ ویں دن تک ہے۔ البتہ تیسرے اور چوتھے اشرابات کے درمیان دو ہفتہ کا وقفہ دیا جاتا ہے۔

(۵) اگر یہ مان لیا جائے کہ ۹۲ ویں دن، اور اس کے مابعد ہر نصاب کے خاتمہ پر خون منفی پایا جاتا ہے تو ایسی صورت میں علاج کو ملتوی کردینا چاہیئے، اور مشاہدہ کرنا چاہیئے جس طرح کہ اوپر بیان ہوا ہے۔ اگر ۹۲ ویں دن یا بعد میں کسی دوسرے وقت پر خون منفی نہ پایا جائے تو پھر وہی طریقہ اختیار کرنا چاہیئے جو کہ ثانوی اصابتوں کے لئے ہے۔

ج - ثانوی اصابتیں جن میں ثانوی آتشک کی سریری امارات پائی جائیں

(۱) وہی نصاب جو کہ مصلی طور پر مثبت اولی اصابتوں کے لئے ہے۔

اس کے بعد

(۲) اس طریق عمل کو دوبارہ انجام دینا جو کہ ب (۲) سے لیکر (۵) تک بتایا گیا ہے۔

114

د۔ ثالثی اور مخفی اصابتیں

(۱) ۷ اشرابات کا ایک نصاب جس طرح کہ الف میں پہلے دن سے لیکر ۵۷ ویں دن تک ہے۔

(۲) پوٹاسیم آیوڈائیڈ تین ہفتہ تک دیا جاتا ہے۔

(۳) ۱۰ ہفتہ تک کوئی علاج نہیں کیا جاتا۔

(۴) ۵ اشرابات کا نصاب جسطرح کہ ب (۴) میں ہے۔

(۵) پوٹاسیم آیوڈائیڈ تین ہفتہ تک۔

(۶) (۱) اور (۵) کو دو مرتبہ دہراؤ۔

(۷) ۱۶ ہفتہ تک کوئی علاج نہیں کیا جاتا۔

(۸) (۴) اور (۵) کو دوہراؤ۔

(۹) ۱۸ ہفتہ تک کوئی علاج نہیں کیا جاتا۔

(۱۰) (۴) کو دوہراؤ۔

نصابوں کا یہ سلسلہ دو سال سے زیادہ تک جاری رہتا ہے۔ اسوقت ممکن ہے کہ مصلی تعاملات اب بھی مثبت ہوں۔ علاج کو جاری رکھنے کے سوال پر بڑی بحث کی گئی ہے۔ ہیریسن کی سفارش یہ ہے کہ مریض کو آرام کے وقفے دیتے ہوئے اسوقت تک زیر علاج رکھنا چاہیئے جبتک کہ تعاملات مثبت ہیں۔ اس کا یقین ہے کہ یہ چیز متاخر اثرات کا بہترین مانع ہے۔ دوسرے لوگ ان وازرمینی قائم (Wassermann-fast) اصابتوں کا علاج اتنی مدت تک کرنا پسند نہیں کرتے۔ حال ہی میں ان اصابتوں میں بلکہ زیادہ ابتدائی اصابتوں میں اشرابی علاج کے ساتھ ملیریائی تپ کی مصنوعی پیدائش ممزوج کرنے کی مزاولت پیدا ہوگئی ہے۔ اس کا سبب وہ عمدہ نتائج ہیں جو کہ عمومی شلل میں ایسا علاج کرنے سے حاصل ہوئے ہیں۔ فنگر (Finger) نے "۹۱۴" کے تین گرام کی صلاح دی ہے جنکو ۳ ء سے لیکر ۴۵ ء کی معتادوں

میں پانچ پانچ دن کے وقفوں سے دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ملیریائی تطعیم کی جاتی ہے، اور بخار کے دس دورے ہوتے ہیں۔ پھر اس بخار کو کونین (quinine) کے ذریعہ روک دیا جاتا ہے۔ آخری دورے کے روز ۹۱۴ کے دس اشرابات کا ایک دوسرا نصاب شروع کر دیا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے یہ کہا جاتا ہے کہ مصلی تعاملات اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں بدل کر منفی ہو جاتے ہیں۔ حالانکہ خالی دوائی علاج سے کہ جس میں اس سے بہت بڑی کلی مقدار دی جائے وہ اصابتوں کی اس سے کم تعداد میں منفی ہوتے ہیں۔ ملیریائی علاج سے ایک زیادہ خفیف طریقہ یہ ہے کہ ایسی غریب اشیا جیسے ضد محرقی جدرین، دودھ اور تارپین کے اشرابات کے ذریعہ تپش کے ارتفاعات کا ایک سلسلہ پیدا کیا جائے۔

آتشکی التہاب عضلہ قلب اور اینورسما (ملاحظہ ہو صفحہ 279)، کبدی آتشک (ملاحظہ ہو صفحہ 398)، آتشکی التہاب نخاع (ملاحظہ ہو صفحہ 666) اور عصبی آتشک (ملاحظہ ہو صفحہ 681) کے علاج پر مناسب مقامات پر بحث کی گئی ہے۔

ان اصولوں پر علاج کرنے میں اگر کوئی چیز مانع ہے تو وہ مریض کا عدم تحمل ہے۔ ارسینوبنزال کے لئے عدم تحمل پر صفحہ 117 پر پورے طور پر بحث کی گئی ہے۔ اس صفحہ پر جو احتیاطیں بیان کی گئی ہیں انھیں اختیار کرنا ضروری ہے، کیونکہ تسمم سے بہت سی اموات کی اطلاع دیگئی ہے۔

اولی زخم کو تباہ کرنے سے عمومی سرایت بالکل نہیں رکتی، تاہم چونکہ اس زخم کے اندر عضویات موجود ہوتے ہیں بعض لوگ اس چیز کو ایک مزید تدبیر کے طور پر مفید بتاتے ہیں۔ استیصال، کیّ، اور مرہم (کیلومل ۳۳ حصہ، لینولین ۶۷، ویسلین ۱۰) لگانے کی آزمائش کی گئی ہے۔ رقبہ کو ہیکٹین (Hectine)، "۹۱۴" یا اسی قسم کی تجہیزات سے در ریختہ کرنا غالباً السافات کی بہ نسبت زیادہ موثر ہوتا ہے۔

خلقی آتشک

Congenital Syphilis

ایسے بچے جو کسی درجہ میں آتشک میں مبتلا والدین کے ہاں پیدا ہوئے ہوں خود بھی ممکن ہے مرض سے سرایت زدہ پائے جائیں ۔ یہ انتقال ثالثی درجہ میں کم کثرت سے واقع ہوتا ہے ۔ خلقی آتشک، ماں سے جنین کے سرایت زدہ ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے ۔ ممکن ہے ماں استقرار حمل سے پہلے آتشک زدہ رہی ہو، یا ممکن ہے حمل کے دوران میں اس کو مرض ہوگیا ہو ۔ جنینی سرایت، حمل کے دوران میں کسی وقت بھی مشیمہ کی راہ سے واقع ہوسکتی ہے ۔ یہ جتنی دیر سے واقع ہوگی جنین کے زندہ رہنے کا امکان بھی اتنا ہی زیادہ ہوگا ایسی طرح سرایت، زچگی کے دوران میں واقع ہوسکتی ہے ۔ ایسی صورت میں ایک اولی شینکر خراشیدگی (مثلاً جو کلاب :forceps سے ہو) کے مقام پر نمویاب ہوجاتا ہے ۔ یہ مادری گذرگاہوں میں اولی یا ثانوی اضرار سے سرایت واقع ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے ۔

پرانے زمانہ میں کہا جاتا تھا کہ ممکن ہے ایک بچہ باپ سے خلقی
آتشک سے سرایت زدہ ہوجائے، اور ماں تندرست ہو ۔ اس کے علاوہ 115
ممکن ہے کہ ان ہی حالات میں ایک آتشکی شیرخوار بچہ اپنی انّا کو سرایت زدہ کردے، اور اس کی بھٹنی پر ایک شینکر پیدا کردے ۔ لیکن وہ اپنی ہی ماں کو سرایت زدہ نہیں کرتا ۔ اس سے ثابت ہوتا ہے کہ ماں کسی نہ کسی طرح سرایت سے محفوظ ہے، اگرچہ وہ کوئی بھی ضرر ظاہر نہیں کرتی ۔ اسکو کالیز (Colles) کا قانون کہتے ہیں ۔ اس کی ایک توجیہ جس کو اب عام طور پر مانا جاتا ہے یہ ہے کہ باپ حقیقت میں ماں کو سرایت زدہ کردیتا ہے، گو کہ اس میں مرض کی کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی، اور پھر ماں سرایت کو جنین میں منتقل کردیتی ہے ۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ آتشکی بچوں کی ۹۵ فیصدی ماؤں میں کہ جن کا بچہ کی

پیدائش کے جلد بعد امتحان کیا گیا، وازرمین کا تعامل مثبت پایا گیا۔

جب مادری آتشک موجود ہو تو فی الرحم سرایت ہمیشہ نہیں واقع ہوتی۔ بعض اوقات اس کا انتقال بے قاعدہ ہوتا ہے، جیسا کہ مندرجہ ذیل واقعہ سے ثابت ہوتا ہے۔ ایک ہی والدین میں ایک مرتبہ تو ایسے بچے پیدا ہوئے ہیں کہ جن کا مثبت وازرمینی تعامل ہوتا ہے، اور دوسری مرتبہ ایسے ہوئے ہیں کہ جو منفی تعامل ظاہر کرتے ہیں۔ اسی طرح ممکن ہے ایک بچہ تو بری طرح ماؤف ہو، اور دوسرا بالکل ماؤف ہی نہ ہو۔

جنین کی موت۔ والدین میں آتشک کا ایک اثر یہ ہے کہ جنین جلد ہی مرجاتا ہے، اور اس سے املاص یا قبل از وقت ولادت واقع ہوجاتی ہے۔ سچ بات تو یہ ہے کہ تمام املاصات اور مردہ زائیوں کی ۱۵ تا ۲۰ فیصدی، آتشک ہی کے باعث ہوتی ہیں۔ اگر کسی بیاہی ہوئی عورت کی سرگذشت میں املاصات واقع ہوئے ہوں تو یہ چیز اس عورت میں یا اس کے خاوند میں آتشک کی ایک اہم شہادت ہے۔ جنینی موت کا ٹھیک ٹھیک سبب بتانا کہ آیا یہ آتشکی قشب کے فوری اثرات سے ہوئی ہے یا مشیمہ کے کسی مرض سے ہوئی ہے اتنی آسان چیز نہیں ہے۔ اس ساخت میں سختت، زرد تودے پائے گئے ہیں، لیکن بالعموم کوئی خالی آنکھ سے نظر آنے والے خصائص نہیں پائے جاتے۔ خردبین کے نیچے خملات کی جسامت اور عروقیت میں زیادتی نظر آتی ہے۔ التہاب بطانہ شرائین ناپید ہوتا ہے۔ اس کے خلاف اکثر اوقات جنین، ہڈیوں، احشاء اور جلد کے اضرار ظاہر کرتا ہے، جس سے ثابت ہوتا ہے کہ یہ شدت کے ساتھ مرض زدہ ہوسکتا ہے۔ ہڈیوں میں برنامی غضروفوں اور پوری (shaft) کے اتصال پر تکلس بے قاعدہ اور گہرا ہوتا ہے۔ اس کو عظمی غضروفی التہاب یا برنامی التہاب (epiphysitis) کہتے ہیں۔ یہ کساحت کے تغیرات سے ملتا جلتا ہے۔ فرق صرف اتنا ہے کہ آتشک میں تکلس زیادہ واضح ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ

نرم اریکی بافت یا پیپ غضروف کو ہڈی سے جدا کررہی ہو۔ جگر میں جو تغیرات ہوتے ہیں وہ صفحہ 397 پر بیان کئے گئے ہیں۔ پھیپھڑے بین جوفیزی بافت میں زیادتی ظاہر کرتے ہیں جس سے جوفیزے اور عروق شعریہ پچک جاتے ہیں، اور بعض اوقات صمغیہ پایا جاتا ہے۔ غدہ درقیہ، تیموسیہ اور لبلبہ میں انصالی بافت کی زیادتی، اور امعاء میں قروح پائے جاتے ہیں جب اضرار نمایاں ہوں تو پیچ موہیے بھی پائے جاسکتے ہیں۔

ابتدائی علامات ۔ برنامی التہاب تقریباً ۱۶ فیصدی اصابتوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ بعض اوقات ان بچوں میں جو کہ زندہ پیدا ہوتے ہیں موجود ہوتا ہے۔ خاص خاص برنامیات اپنی ہڈیوں سے الگ پائے جاتے ہیں، اور اسی وجہ سے جوارح بالکل بیکار پڑے ہوئے ہوتے ہیں اس سے شلل کا منظر پیدا ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی بچہ جلد پر ایک آبلہ نما ثوران لئے ہوئے پیدا ہوتا ہے، یا طفحہ پیدائش کے بہت جلد بعد نکل آتا ہے۔ ہتھیلیاں اور تلوے ہمیشہ ماؤف ہوتے ہیں۔ یہ ایک آتشکی طفحہ ہے۔ اس کو نومولودی داء الفقاع سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے جو کہ ایک آبلہ دار حصفہ (impetigo) ہے، یہ بالعموم ناف پر عفونت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ لیکن اصابتوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں بچہ نہ صرف زندہ، بلکہ تندرست، اور موٹا تازہ پیدا ہوتا ہے۔ وہ پیدائش کے بعد تین یا چار ہفتہ تک اسی حالت میں رہتا ہے۔ پھر اس کو انفی نازلت یا التہاب الانف (rhinitis) ہوجاتا ہے۔ اس سے وہ علامت کہ جسے خنین (snuffles) کہتے ہیں پیدا ہوجاتی ہے۔ اس کے ساتھ مواد خارج ہوتا ہے جو پہلے پتلا اور مصلی، اور پھر گاڑھا اور ریمی ہوجاتا ہے۔ یہ سوکھ کر پپڑیاں بنا دیتا ہے جو نتھنوں میں رکاوٹ پیدا کرتی ہیں۔ اس سے چوسنا مشکل ہوجاتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ ایک طفحہ نمودار ہوجاتا ہے۔ یہ سب سے زیادہ عام طور پر سرینوں، ران کے ہم پہلو حصوں، پشت اور شکم پر نمودار ہوتا ہے۔ یہ زیادہ کثرت سے، گول چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔

یہ ران کے بغیر چربی کے گوشت کی طرح بھوری سی سرخ، خشک، چمکدار اور
بے لچک ہوتی ہیں۔ یہ آپس میں مل جاتی ہیں، اور بے قاعدہ شکل کے
زیادہ بڑے بڑے رقبے بنادیتی ہیں، جو بیشتر اوقات ایک خوب واضح کور
رکھتے ہیں۔ اس چیز کو تسمیط (intertrigo) سے متفرق کرنے کی ضرورت
ہے، جو کہ تعریجات میں واقع ہوتی ہے۔ نیز طفحہ رومالی سے متفرق کرنے
کی ضرورت ہے۔ یہ ایک شوخ چمکدار سرخ التہاب ہے جو اس رقبہ کی
محدب سطحوں کو کہ جو ایک چڈی یا پوتڑے سے چھوتا ہے (ملاحظہ ہو آگے)
متاثر کرتا ہے۔ بعض اوقات یہ دونوں حالتیں ایک ساتھ موجود ہوتی ہیں
اس سے کم کثرت کے ساتھ طفحہ، بثوری، قاحجی اور آبلہ نما ہوسکتا ہے۔
دوسرے اضرار جو زمانہ شیرخواری کی ابتداء میں واقع ہو سکتے ہیں یہ ہیں،
116 التہاب الفم، ہونٹوں اور باچھوں کے آس پاس تقرحات، تیزی سے
بن جانے والے جلدی پھوڑے، اور التہاب گرد عظمہ۔ بہت سی اصابتوں
میں طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ سب کچھ ہوتے ہوئے بھی ممکن ہے کہ
بچہ کا تغذیہ بہت ہی کم متاثر ہو۔ لیکن بعض اوقات لاغری پیدا ہوجاتی ہے،
اور بچہ کا چہرہ ایک بوڑھے آدمی کے چہرے کی مانند مرجھایا ہوا اور ٹھٹھرا
ہوا منظر اختیار کرلیتا ہے۔ اس درجہ میں موت واقع ہوسکتی ہے۔ لیکن علاج
کے تحت، یا اس کے بغیر ہی، ممکن ہے سب کی سب علامات دور ہوجائیں
اور بچہ کئی سال تک خرابی کا کوئی نشان ظاہر نہ کرے۔ اس کے بعد اکثر
اوقات زمانہ بلوغ کے قریب اس میں ایسی علامات نمودار ہوجاتی ہیں جنکا
کم و بیش مقابلہ، اکتسابی مرض کے تیسرے درجہ کی علامات سے کیا جا سکتا
ہے۔ وازرمین کا تعامل، ۹۰ فیصدی اصابتوں میں مثبت ہوتا ہے۔ شرح
اموات نہایت زیادہ یعنی ۴۰ فیصدی تک ہوسکتی ہے۔

متاخر علامات۔ یہ حسب ذیل ہیں۔ التہاب گرد عظمہ جس کے ساتھ گرہیں بنجاتی ہیں۔ التہاب زلالی خاصکر دونوں گھٹنوں کے اندر ایک مزمن زلالی انصباب۔ چھلکے دار یا ذئبہ نما جلدی تورمات۔ یہ زیادہ عام نہیں ہوتے۔

دو جانبی بہراپن جو اسطرح پیدا ہوتا ہے کہ کانوں سے آوازیں آتی ہیں، لیکن درد یا مواد بالکل نہیں ہوتا۔ منتشر التہاب مشیمیہ۔ قعر عین کی تاریک بھوری منقط لونیت۔ التہاب قزحیہ اور التہاب قرنیہ۔ .... آخر الذکر چیز موروثی آتشک میں عام ہے، لیکن اکتسابی مرض میں عام نہیں۔ اس سے قرنیہ کی عتمیت پیدا ہوجاتی ہے، جو رفتہ رفتہ بڑھ کر اتنی ہوجاتی ہے کہ قرنیہ ایک اندھے شیشے کی مانند نظر آنے لگتا ہے۔ اس کے ہمراہ ہدبی امتلاء پایا جاتا ہے۔ آخیر درجوں میں ممکن ہے عروق، قرنیہ پر بڑھ آئیں جس سے ایک "سامنی چکتی" (salmon patch) پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ صحت یاب ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ ان تازہ اضرار کے علاوہ موروثی آتشک کو بعض مستقل تشوہات کے ذریعہ بھی پہچانا جاسکتا ہے۔ یہ بیشتر ان تغیرات کا جو کہ شیرخواری میں واقع ہوئے تھے نتیجہ ہوتے ہیں۔ ایسے اشخاص ایک چوڑی پیشانی ظاہر کرتے ہیں۔ ان کی جبہی ہڈی کے دونوں نصف غیر معمولی طور پر نمایاں ہوتے ہیں۔ ناک کا بانسا چوڑا اور بیٹھا ہوا ہوتا ہے۔ منہ کے گرد بے شمار خطی ندبات پائے جاتے ہیں۔ یہ دہن کے مرکز سے کرنوں کی طرح پھیلتے ہیں مستقل دانت، جیسا کہ سب سے پہلے ہچنسن (Hatchinson) نے بتایا تھا ایسی خصوصیتیں ظاہر کرتے ہیں کہ محض ان ہی کی بنا پر اس حالت کی قطعی تشخیص کی جاسکتی ہے۔ اس غرض کے لئے صرف بالائی مرکزی ثنایا پر ہی بھروسہ کیا جاسکتا ہے، تاہم یہ ممکن ہے کہ دوسرے دانت بھی اسی طرح سے متاثر ہوں۔ یہ ثنایا چھوٹے ہوتے ہیں۔ یہ، مسوڑھوں کے قریب کی نسبت کور پر زیادہ تنگ ہوتے ہیں۔ ان کی کور ایک واحد مرکزی درد یا کٹاؤ ظاہر کرتی ہے۔ یہ کٹاؤ، شروع میں، اسوقت جبکہ دانت نکل چکتا ہے، منکشف ڈنٹین کی ایک کٹاؤ دار کور سے بھر جاتا ہے۔ یہ کور جلد ہی ٹوٹ پھوٹ کر الگ ہوجاتی ہے۔ دانتوں میں اس تغیر کو اس سادہ عرضی نشان زدگی سے متفرق کرنا چاہئے کہ جو شیرخواری میں پارہ کے مفرط استعمال سے پیدا ہوجاتی ہے۔ پارہ کا استعمال التہاب الفم پیدا کردیتا ہے اور دندانی تاجوں کے نمو میں خلل واقع

کرتا ہے ۔ قصبیہ میں گرد عظمی تغیرات سے اس کا مقدم کنارہ محدب ہوجاتا ہے ۔ یہ نام نہاد سیف نما قصبیہ (sabre-shaped tibia) ہے ۔ اسیطرح احشائی تغیرات بھی شاذ نہیں ہوتے، جنکی مثال ذیل کی چیزوں سے ملتی ہے۔ طحال کی کلانی، دماغی التہاب یا انحطاط (ملاحظہ ہو دماغی جانبینی فالج)، کبھی کبھی التہاب خصیہ، رختی التہاب جگر (ملاحظہ ہو جگر کی کہبت)، عدم دمویت جس کے ساتھ طحال کی کلانی ہو یا نہ ہو، اور صمغیات جو بالغ زندگی میں ظاہر ہوتے ہیں ۔

تحریز ۔ اس پر دو عنوانات کے تحت غور کیا جاسکتا ہے ۔

۱ ماں کو سرایت زدہ نہ ہونے دینا ۔ آتشک زدہ مردوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے تاوقتیکہ مرض کے منتقل ہونے کا کوئی خطرہ باقی نہ رہے۔ یہ ضروری ہے کہ ان کا کافی، دافع آتشک علاج کیا جاچکا ہو، وہ مرض کی ہر سریری شہادت سے پاک ہوں، اور کم از کم تین سال تک ان کے خون سے منفی وازرمینی تعامل حاصل ہوا ہو ۔ بعض اوقات خون مستقل طور پر مثبت رہتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں کوئی اطمینان نہیں ہوسکتا ۔ خطرہ اگرچہ خفیف ہوتا ہے تاہم اسے مریض کو بتا ہی دینا چاہئے ۔ بعض اوقات کوئی خاوند حمل کے آخری مہینوں میں یا نفاس کے دوران میں ناجائز صنفی تعلقات کے باعث سرایت زدہ ہوجاتا ہے ۔ ایسی صورت میں کافی اور فوری علاج اختیار کرنا چاہئے ۔ جب تک کہ مریض سرایت سے پاک نہ ہوجائے اسکو مباشرت سے پرہیز کرنا چاہئے ۔

۲ حمل سے پہلے اور حمل کے دوران میں آتشکی ماں کا علاج کرنا ۔ مادری آتشک کی تشخیص کرنے میں وازرمین کا تعامل بڑی مفید چیز ہے، کیونکہ بہت سی عورتیں آتشک میں مبتلا ہونے کے باوجود اس سے بے خبر رہتی ہیں ۔ ممکن ہے اولی ضرر چھپا ہوا ہو اور بہت کم بے آرامی پیدا کررہا ہو ۔ اکثر اوقات اس کے علاوہ بھی آتشک کی شہادت پائی جاتی ہے، مثلاً مردہ زائیوں وغیرہ کی سرگذشت، یا خاوند کے

خون سے حاصل کیا ہوا ثبت واز رمینی تعامل۔ خون کا امتحان ہمیشہ کرنا چاہیئے۔ ارسینو بنزال کے مرکبات اور بزمتھ کے ذریعہ دافع آتشک علاج، حمل کے پورے زمانہ میں کیا جاتا ہے، اور اس کے بعد بھی جاری رکھا جا سکتا ہے۔

علاج۔ پارہ، رضیعی آتشک میں تیزی سے موثر ثابت ہوتا ہے۔ گرے پوڈر کا ایک گرین دن میں تین مرتبہ، یا لائکر ہائڈرارجرائی ۱۰ تا ۲۰ قطرے، طفحہ، جھتین یا دوسری علامات کو فی الفور دور کردیتا ہے، اور تغذیہ کی اصلاح کردیتا ہے۔ ایک نہایت ہی عمدہ طریقہ وہ ہے جو کہ سیمابی تمریخ کے ذریعہ عمل میں لایا جاتا ہے۔ $\frac{1}{4}$ ڈرام مرہم سیماب کو شکم میں روزانہ ملا جاتا ہے۔ کیلومل کے سفوف کو مخاطی چکنتیوں یا جلد کے تقرحات پر لگایا جاتا ہے۔ بزمتھ اس سے بھی زیادہ موثر ہے، لیکن اس کو دروں عضلی اشراب کے ذریعہ استعمال کرانے کی ضرورت ہے۔ یہ سب علاج بالعموم علامات کا علاج کرنے میں تو موثر ہوتا ہے، لیکن آتشک کو پورے طور پر جڑ سے اکھاڑنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ نیوسالورسان کے مرکبات اور بزمتھ کا کئی سالوں تک استعمال کرایا جائے۔ سلفوسٹیب (sulphostab) کے دروں عضلی اشرابات، ایک چند ہفتہ کے شیر خوار بچے کو دئے جا سکتے ہیں۔ انکو دو مہینہ کی عمر میں ۰.۰۵ تا ۰.۱۵ گرام کی ایک ابتدائی مقدار سے بڑھایا جاتا ہے۔ شیر خواروں میں سالورسان کا تحمل بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بزمتھ کی تجہیزات کا بھی اچھی طرح تحمل کیا جاتا ہے۔ ان کو بزمتھ آکسی کلورائیڈ کی ایک ۱۰ فیصدی تعلیق کے ۰.۲۵ مکعب سنٹی میٹر کے دروں عضلی اشرابات کے ذریعہ دیا جاتا ہے۔ یہ اشرابات ہفتہ وار وقفوں سے دئے جاتے ہیں۔ خواہ ظاہرا اطمینان بخش نتائج ہی کیوں نہ پیدا ہوں، بچہ کا کبھی کبھی سریری مشاہدہ کرتے رہنا چاہیئے اور اس کا بار بار وازرمینی تعامل دیکھنا چاہیئے۔ یہ سب کچھ بلوغ کے زمانہ کے بعد تک کرنا چاہیئے۔ اگر آتشک کا کوئی سریری یا مصلیاتی نکس واقع ہو تو اس کے معنی یہ ہیں کہ مزید طویل علاج کی ضرورت ہے۔

ارسینو بنزال کا تسمم

ارسینو بنزال کے مرکبات کے دروں وریدی اور دروں عضلی اشرابات کے لئے مریضوں کے تحمل میں بے حد اختلاف پایا جاتا ہے۔ لہذا تسمم کی علامات شاذ نہیں ہوتیں۔ سالورسان کے استعمال کے ابتدائی سالوں میں جبکہ اس خطرہ کو پہچانا نہیں گیا تھا، بہت سی ہلاکتیں ہوئیں۔ سمی علامات ممکن ہے علاج کے ایک ابتدائی مرحلہ میں پیدا ہوجائیں۔ یا ممکن ہے ان میں بیحد تاخیر واقع ہوجائے اور بظاہر ان میں اور اشرابات میں کوئی تعلق نہ ہو۔

ابتدائی سمی اثرات۔ (۱) عرق حرکی تعامل۔ یہ ایک ناگہانی غشیان ہے جس کے ساتھ تیز زراق اور چہرہ اور جوارح کا اذیما پایا جاتا ہے۔ یہ علامات پہلے چند دروں وریدی اشرابات میں سے کسی ایک کے دوران میں یا اس کے بعد پیدا ہوجاتی ہیں۔ یہ حالت خطرناک ہے، لیکن شاذ ہی مہلک ثابت ہوتی ہے۔ بالعموم یہ ایڈرینالین کے اشراب سے فی الفور متاثر ہوجاتی ہے۔ دروں عضلی اشرابات کے ذریعہ علاج کو ازسرنو شروع کیا جاسکتا ہے۔ (۲) جیرش - ہرکس ہیمر کا تعامل (Jarisch-Herxheimer reaction)۔ یہ ایک عمومی تعامل ہے، جس میں کسلمندی اور بخار اور موجودہ آتشکی ضرر کا، خواہ یہ جلد میں ہو یا سحایا میں، اشتداد پایا جاتا ہے۔ غالباً اس کی وجہ پیچ مویوں کا دوا کی ایک ایسی مقدار سے جو انکو تباہ کرنے کے لئے کافی نہیں ہوتی متہیج ہوجانا ہے۔ یہ تعامل بالعموم ارسینو بنزال کی تجہیزات کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ لیکن ممکن ہے یہ پارہ یا بزمتھ سے بھی پیدا ہوجائے۔ اس منظر کو دوا الفیت (biotropism) کہتے ہیں۔ اسی طرح کے اشتدادات، نبقی سمی ماسکی اضرار اور ملیریا کی صورت میں بھی دیکھے گئے ہیں۔ (۳) خفیف معدی معائی خراش کے ساتھ

قے اور اسہال، اور کبھی کبھی اس کے بعد عارضی یرقان - یہ ایک اشراب کے ۱۲ تا ۴۸ گھنٹہ کے بعد پیدا ہوسکتے ہیں، خاص طور پر ایک ایسے مریض میں جس کو قبض ہو - (۴) جلدای ثوہرانات، خواہ یہ شری، احمراری یا بثوری ہوں شاذ نہیں ہوتے - مزید علاج ملتوی کردینا چاہئے اور اس کو احتیاط سے عمل میں لانا چاہئے - پرپیورا شاذ ہے لیکن یہ ایک خطرناک مزاج خاص ظاہر کرتا ہے - ممکن ہے اس کے بعد شدید یا مہلک غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anæmia) پیدا ہوجائے - (۵) نزفی التہاب دماغ (encephalitis hæmorrhagica) - اس شدید حالت کا امتیازی خاصہ غنودگی اور شدید درد سر ہے جو چند دن تک رہتا ہے - اس کے بعد صرع نما تشنجات اور تیزی سے گہرا ہوجانے والا قوما پیدا ہوجاتا ہے - مریضوں کی اکثریت نوعمر بالغوں کی ہوتی ہے - یہ حالت پہلے دو یا تین اشرابات کے بعد پیدا ہوجاتی ہے، اور بالعموم مہلک ہوتی ہے -

دیر سے پیدا ہونے والے سمی اثرات - (۱) زیادہ طویل مدت کا یرقان، علاج کے ایک یا زیادہ نصابوں کے بعد واقع ہوسکتا ہے. ممکن ہے یہ علاج کے موقوف ہوجانے کے چند ماہ بعد تک ملتوی ہوجائے. یرقان کے سمی الاصل ہونے کی کوئی ممیز امارات نہیں پائی جاتیں، اور نازلتی یرقان سے تفریق کرنا دشوار ہوتا ہے - ارتفاع تپش اور خارش بالعموم ناپید ہوتے ہیں - مریض کو کوئی پستی نہیں ہوتی یا بہت کم ہوتی ہے - نہایت شاذ طور پر جگر کا حاد تنخر پیدا ہوکر مہلک نتیجہ کا باعث ہوتا ہے - (۲) التہاب جلد (dermatitis) - اشرابات کے ایک سلسلہ کے بعد شدید تسلخی التہاب جلد پیدا ہوسکتا ہے - اکثر اوقات اس سے پہلے عارضی احمرار یا شری واقع ہوجاتی ہے - حاد درجہ میں عمومی احمرار اور اس کے ساتھ اذیما پایا جاتا ہے - خراش نہایت نمایاں ہوتی ہے - اس کے بعد آبلے پیدا ہوکر رفتہ رفتہ تسلخ واقع ہوتا ہے - صحت یابی آہستہ

118

ہوتی ہے - ممکن ہے عفونی سرایت پیدا ہو کر، شعبتی ذات الریہ اور تسمم الدم سے مہلک نتیجہ پیدا ہو - (۳) التہاب عصب (neuritis) - محیطی التہاب الاعصاب اور التہاب عصب بصری شاذ پیچیدگیاں ہیں - ارسینو بنزال کی تجہیزات کے لئے شیر خوار بچوں اور بچوں کا تحمل بہت عمدہ ہوتا ہے - ان میں سمی اثرات شاذ ہی دیکھے جاتے ہیں -

تحریز - موجودہ زمانہ میں میڈیکل ریسرچ کونسل، ارسینو بنزال اور اس کے مشتقات کے تمام تجارتی نمونوں کا امتحان کرتی ہے - غرض یہ ہوتی ہے کہ الواث کو خارج از بحث کر دیا جائے اور سمیت کا کا اندازہ لگایا جائے - علاج سے پیشتر، مریضوں کا جگر یا گردہ کے مرض کے لئے احتیاط سے معائنہ کرنے کی ضرورت ہے - علاج کے دوران میں تحمل کی امارات کے لئے ان پر نگاہ رکھنے کی ضرورت ہے مشکوک اصابتوں میں کبدی کارکردگی دریافت کرلینی چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 383)، اور اس کے لئے لیوولوس (levulose) اور وان ڈن برگ (van den Bergh) کے کاشفات خاص طور پر مفید ہیں - پیشاب میں یوروبلی نوجن (urobilinogen)، کبدی عدم کفایت کی ایک ابتدائی امارت ہے -

علاج - خفیف عدم تحمل کی کوئی بھی امارت پیدا ہو جائے تو یہ مزید علاج میں احتیاط برتنے کی ضرورت ظاہر کرتی ہے - مقداروں کو گھٹا دینا چاہیئے، اور اشرابات کے درمیانی وقفوں کو لمبا کر دینا چاہیئے - خفیف ترسمی اثرات کے لئے سوڈیم تھایو سلفیٹ (sodium thiosulphate) ۱۵ گرین دن میں تین مرتبہ دیا جاتا ہے - زیادہ شدید اصابتوں کے لئے اس کے ۶ء تا ۹ء گرام دروں وریدی طور پر روزانہ دئے جاتے ہیں - سمی التہاب جگر میں کیلسیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) یا کیلسیم تھایو سلفیٹ کے اشرابات مفید ہیں - ایک شدید سمی تعامل کے بعد ارسینو بنزال کے ذریعہ مزید علاج روک دینا چاہیئے -

حوالہ جات

REFERENCES

1. H. H. Dale and C. H. Kellaway. 1923 *Phil. Trans. Roy. Soc.*, B. 211, p. 273.
2. Wanklyn. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 309.
3. Widal, Abrami and Brissand. 1920 *Presse Med.*, p. 181.
4. E. Dubois (Basal Metabolism in Health and Disease) 1924 Lea & Febiger, New York.
5. G. Graham and E. P. Poulton. 1912 *Quart. Journ. Med.*, 6, p. 82.
6. Discussion on Scarlet Fever 1926 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 513.
7. J. A. Glover and F. Griffith. 1930 *Lancet*, ii., p. 815.
8. S. P. Bedson. 1929 *Lancet*, ii., p. 920.
9. A. D. Gardner and P. H. Leslie. 1932 *Lancet*, i., p. 9.
10. G. Evans and W. A. Robb. 1930 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1039.
11. H. S. Banks and J. C. H. Makenzie. 1929 *Lancet*, i., p. 381.
12. P. Stocks. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 157.
13. C. J. MacSweeney. 1931 *Quart. J. Med.*, 24, p. 487.
14. D. McClean. 1927 *Lancet*, i., p. 483.
15. C. C. Okell. 1932 *Lancet*, i., pp. 761, 816, 867.
16. J. A. Ryle. 1930 *Guy's Hosp. Reps.*, 80, p. 137.
17. P. N. Panton and Others. 1931 *Lancet*, ii., p. 1180.

18. S. W. Patterson and Williams. 1922 *Lancet*, ii., p. 806.
19. J. Torrens. 1934 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 274.
20. M. Gordon. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 299.
21. Bunting (Review on Influenza). 1922 *Med. Sci.*, 6, p. 366.
22. C. F. Brockington. 1931 *Lancet*, i., p. 1387.
23. R. A. O'Brien. 1929 *Lancet*, ii., p. 241.
24. R. R. Armstrong and R. S. Johnson. 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 662.
25. T. E. Dickinson. 1922 *Lancet*, i., p. 312.
26. H. L. Tidy and E. C. Daniel. 1923 *Lancet*, i., p. 9.
27. S. P. Bedson and G. T. Western. 1930 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 882.
28. K. Lewkowicz. 1924 *Lancet*, ii., p. 487.
29. J. A. Glover. 1931 *Lancet*, i., p. 497.
30. H. S. Banks. 1931 *Lancet*, i., p. 747.
31. F. M. R. Walshe. 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1197.
32. B. B. Yodh. 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 589.
33. L. W. Harrison. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1.
34. L. Cobbett (Review). 1922 *Lancet*, i., p. 979.
35. A. S. Griffith and W. T. Munro. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 399.
36. T. Lumsden. 1930 *Lancet*, ii., p. 136.
37. W. R. F. Collis and C. F. Brockington. 1933 *Lancet*, i., p. 127.
38. R. Bates. 1933 *Lancet*, i., p. 571.
39. L. W. Cann and G. F. Hollis. 1931 *Lancet*, i., p. 130.
40. E. Muir. 1924 *Lancet*, i., p. 277.
41. F. K. Kleine. 1924 *Lancet*, i., p. 384.
42. C. M. Wenyon. 1928 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 558.
43. Sir Leonard Rogers. 1922 *Lancet*, i., pp. 463, 569, 677.

44. P. Manson-Bahr, G. C. Low, J. J. Pratt and A. L. Gregg.	1923	*Lancet*, i., p. 941.
45. Sir P. W. Bassett-Smith.	1922	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 902.
46. H. C. Brown and L. I. Davis	1927	*Brit. Journ. Exper. Path.*, 1927, 8, p. 397.
47. R. Saserac and Others.	1927	*Bull. Acad. Med.*, 97, p. 774.
48. J. E. McCartney.	1927	*Lancet*, i., p. 93.
49. W. Glen Liston.	1924	*Brit. Med. Journ.*, i., pp. 950, 997.
50. J. C. G. Ledingham and F. R. Fraser.	1924	*Quart. Journ. Med.*, 17, p. 365.
51. R. A. Anderson, O. T. Schultz and T. F. Stein.	1923	*Journ. Infec. Dis.*, 32, p. 444.
52. R. P. Garrow.	1925	*Lancet*, i., p. 225.
53. J. A. Ryle.	1921	*Guy's Hosp. Gaz.*, 35, p. 422.
54. T. H. G. Shore.	1927	*Lancet*, i., p. 252.
55. S. A. Kinnier Wilson.	1928	*Lancet*, i., p. 11.
56. E. L. Opie.	1927	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1130.
57. Deeks.	1924	Proc. Internat. Conf. on Health Problems in Trop. America.
58. S. G. Brentnall.	1930	*Lancet*, i., p. 1174.
59. H. P. Jacobson.	1932	Fungous Diseases, London.
60. A. M. Hober.	1914	*Arch. Int. Med.*, 13, p. 704.
61. M. Macaigne and P. Nicaud.	1926	*Presse. Med.*, 26, p. 403.

اشاریہ

عمل طب

جلد اول